



Potilasturvallisuuskulttuurin kehittäminen Espoon sairaalassa

Potilasturvallisuuskulttuurin kartoitus

Sosiaali- ja terveysalan
kehittäminen ja johtaminen
Sairaanhoitaja ylempi AMK
Opinnäytetyö
Joulukuu 2010

Lea Pihkala

Tekijä(t) Otsikko	Lea Pihkala Potilasturvallisuuskulttuurin kehittäminen Espoon sairaalassa
Sivumäärä Aika	52 sivua + 8 liitettä 2.12.2010
Tutkinto	Sosiaali- ja terveystieteiden ylempi ammattikorkeakoulututkinto
Koulutusohjelma	Sosiaali- ja terveystieteiden johtaminen ja kehittäminen
Ohjaaja(t)	Opettaja Arja Laakkonen Opettaja Ly Kalam-Salminen
<p>Potilasturvallisuus on keskeinen periaate terveydenhuollossa. Se on osa hoidon laatua ja turvallisuutta. Potilasturvallisuuden edistäminen liittyy Espoossa valtuustokauden 2009–2012 tavoitteisiin.</p> <p>Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa Espoon sairaalan potilasturvallisuuskulttuuria. Opinnäytetyön tavoitteena oli muodostaa kuva Espoon sairaalan potilasturvallisuuskulttuurin organisatorisista ja psykologisista ulottuvuuksista. Kartoitus toteutettiin käyttäen VTT:n ja Työsuojelurahaston rahoittamassa TUKU-projektissa (turvallisuuskulttuurin arviointi- ja kehittämismenettely terveydenhuollossa) vuonna 2008 kehitettyä potilasturvallisuuskulttuurikyselyä. Opinnäytetyö toteutettiin osana Espoon kaupungin ja Metropolia ammattikorkeakoulun EU-rahoitteista Liittyvä Voima-yhteishanketta.</p> <p>Tutkimuksen vastausprosentiksi muodostui 36 % (n=124). Tutkimusaineiston analyysi perustui VTT:n tutkijan määrittämiin turvallisuuskulttuurin organisatoristen ja psykologisten ulottuvuuksien teemoihin. Kyselyn avoimessa kysymyksessä vastaajat nostivat esiin sairaalan toiminnassa havaitsemiaan keskeisiä potilasturvallisuutta vaarantavia riskejä. Espoon sairaalan henkilökunnalle järjestetyssä potilasturvallisuuspäivän workshop-työskentelyssä kuvattiin toiminnan riskitekijöitä edelleen.</p> <p>Henkilöstö kokee työnsä merkityksellisenä, vastaajat tuntevat olevansa itse vastuussa tekemisistään, voivansa vaikuttaa työnsä tuloksiin ja kokevat olevansa velvollisia tekemään parhaansa tavoitteiden saavuttamiseksi. Sairaalan ilmapiiri koettiin hyväksi ja siellä työskentelevät kokevat olevansa tyytyväisiä työhönsä. Kyselyn vastaajien näemyksen pohjalta turvallisuuskulttuurin kehittämisessä on huomioita kiinnitettävä työn hallintaan, resurssien hallintaan, muutosten hallintaan sekä hallittuun ja sujuvaan yhteistyöhön ulkopuolisen työvoiman kanssa.</p> <p>Opinnäytetyössä toteutettu kartoitus toimii lähtöarviona Espoon sairaalan potilasturvallisuuden kehittämiselle. Potilasturvallisuuskulttuurin kartoituksen tulosten pohjalta organisaation johto ja työntekijät kykenevät tarkastelemaan kulttuuriaan turvallisuuden näkökulmasta. Kartoitus tutustutti henkilöstölle potilasturvallisuuskulttuurin tarkasteluun tarvittavia käsitteitä ja työvälineitä.</p>	
Avainsanat	potilasturvallisuus, potilasturvallisuuskulttuuri, potilasturvallisuuskulttuurikysely,

Author(s) Title	Lea Pihkala Developing a Patient Safety Culture in the Espoo Hospital
Number of Pages Date	52 pages + 8 appendices December 2010
Degree	Master of Health Care
Degree Programme	Social Services and Health Care Development and Management
Instructor(s)	Arja Laakkonen , Principal Lecturer Ly Kalam-Salminen, Principal Lecturer
<p>Patient's safety is a central principle in health care. It is part of treatment quality and safety. Promoting patient safety related to the period 2009-2012 in Espoo council objectives.</p> <p>Purpose of the present Bachelor ´s thesis was to identify the Espoo hospital patient safety culture. The aim of this thesis was to form a picture of Espoo hospital patient safety culture in the organizational and psychological dimensions. The data were gathered using a questionnaire developed in 2008 as a part of the TUKU project (Safety Assessment and Development Process in Health Care) funded by the VTT and the Työsuojelurahasto . The Questionnaire covers the organizational processes and psychological dimensions widely. The Thesis was carried out as a part of the Liittyvä Voima-project, which is an EU-funded partnership operation between the city of Espoo and Metropolia University of Applied Sciences. The data (n = 124) analysis was based on organizational and psychological dimensions of the safety culture defined in a VTT's research. In the open-ended questions of the questionnaire, the Respondents mentioned fundamental risks endangering patient safety they had noticed in the hospital. The risk factors were further described in the Patient Safety Seminar arranged for the hospital staff.</p> <p>The Response rate was 36%. According to the results, management of resources, change management and management of outside actors / Subcontractors obtained the weakest scores/results. Objectives of the work were clear, job satisfaction and the atmosphere of the hospital both were perceived to be quite good. In addition, Feelings of personal responsibility and the meaningfulness of the work were evaluated as good.</p> <p>This Patient safety culture assessment may be used as a basis for improving patient safety in the Espoo hospital. Based on the results, the organization's management and employees are able to examine their own culture from the viewpoint of safety. The study introduced the staff to the necessary concepts and tools for the examining of patient safety.</p>	
Keywords	patient safety, patient safety culture, patient safety culture survey

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Potilasturvallisuuskulttuuri organisaatiokulttuurin osana	2
2.1	Potilasturvallisuus	2
2.2	Organisaatiokulttuuri	3
2.3	Turvallisuuskulttuuri	4
2.4	Turvallisuuskulttuurin ulottuvuudet	5
2.5	Potilasturvallisuuskulttuuri	7
2.6	Potilasturvallisuuskulttuuri tutkimuskohteena	9
3	Espoon sairaala	14
4	Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet	17
5	Potilasturvallisuuskulttuurikartoituksen toteuttaminen	18
5.1	Kartoitusprosessin eteneminen	18
5.2	Kartoitusaineiston kerääminen henkilöstökyselyllä	19
5.3	Henkilöstökyselyn analysointi	20
6	Potilasturvallisuuskulttuurin kehittäminen Espoon sairaalassa	22
6.1	Potilasturvallisuuskulttuurin kartoitus henkilöstökyselyllä	22
6.1.1	Taustamuuttujien tarkastelu	23
6.1.2	Espoon sairaalan potilasturvallisuuskulttuuri organisatoristen ulottuvuuksien tarkastelun pohjalta	26
6.1.3	Espoon sairaalan potilasturvallisuuskulttuuri psykologisten ulottuvuuksien tarkastelun pohjalta	32
6.2	Mallinnus osana potilasturvallisuuskulttuurin kartoitusta	37
6.2.1	Mallinnuksen eteneminen	37
6.2.2	Työpajatyöskentelyn tuotokset	39
7	Pohdinta ja johtopäätökset	41
7.1	Tutkimuksen eettisyyden tarkastelua	41
7.2	Tutkimuksen luotettavuuden tarkastelu	43
7.3	Tutkimustulosten tarkastelu	45
7.4	Johtopäätökset	49

LÄHTEET

LIITTEET

Kulttuuri on syvä.

Kulttuuri on laaja.

Kulttuuri on pysyvä.

Kulttuuri on ryhmäilmiö.

Se on yhteisiä piileviä oletuksia...

Schein 2004

1 Johdanto

Potilasturvallisuus on terveyden- ja sairaanhoidon laadun perusta. Potilasturvallisuus on potilaan ja hänen omaistensa sekä terveydenhuollon ammattihenkilöiden ja organisaatioiden yhteinen päämäärä. Tässä opinnäytetyössä turvallisuuskulttuuri on olemukseltaan organisaation kykyä ja tahtoa ymmärtää, millaista turvallinen toiminta on, millaisia vaaroja organisaation toimintaan liittyy ja miten niitä voidaan ehkäistä, kykyä ja tahtoa toimia turvallisesti, ehkäistä vaarojen toteutumista ja edistää turvallisuutta. Turvallisuuskulttuuri on dynaaminen ja muokkautuva (adaptiivinen) tila ja siinä yhdistyvät henkilöstön kokemukset ja näkemykset, työyhteisön sosiaaliset ilmiöt ja organisaation toimintaprosessit.

Potilasturvallisuuden kehittämistyö on ollut aktiivisinta Yhdysvalloissa, Australiassa, Iso-Britanniassa, Ruotsissa ja Tanskassa. Maailman terveysjärjestö (WHO) julkaisi vuonna 2004 maailmanlaajuisen ohjelman potilasturvallisuuden kehittämiseksi. EU:n komissio on loppuvuodesta 2008 antanut ehdotuksen suositukseksi potilasturvallisuudesta ja hoitoon liittyvien infektioiden ehkäisemisestä ja valvonnasta.

Suomessa sosiaali- ja terveysministeriö on linjannut turvallisuuskulttuurin vahvistamisen terveydenhuollon kaikilla tasoilla keskeiseksi tehtäväksi potilasturvallisuuden parantamisessa. Tammikuussa 2009 julkaistu kansallinen potilasturvallisuusstrategia ohjaa sosiaali- ja terveydenhuoltoa yhtenäiseen potilasturvallisuuskulttuuriin ja edistää sen toteutumista. Parhaillaan valmisteilla olevaan terveydenhuoltolakiin on tulossa säädökset potilasturvallisuudesta ja laadunhallinnasta. Espoon sosiaali- ja terveystoimessa on valtakunnallisen linjauksen mukaisesti asetettu tavoitteeksi, että vuoteen 2013 mennessä on olemassa systemaattinen järjestelmä, jonka avulla varmistetaan, että potilaiden/asukkaiden hoito on turvallista ja vaikuttavaa.

Tämä opinnäytetyö toteutettiin osana laajempaa Espoon kaupungin ja Metropolia ammattikorkeakoulun EU-rahoitteista Liittyvä Voima-yhteishanketta. Opinnäytetyössä toteutettu kartoitus toimii lähtöarviona Espoon sairaalan potilasturvallisuuden kehittämiseksi. Kartoitus toteutettiin käyttäen VTT:n ja Työsuojelurahaston rahoittamassa TUKU-projektissa (turvallisuuskulttuurin arviointi- ja kehittämismenettely terveydenhuollossa) vuonna 2008 kehitettyä potilasturvallisuuskulttuurikyselyä. Opinnäytetyön tavoitteena oli muodostaa kuva Espoon sairaalan potilasturvallisuuskulttuurin organisatorista ja psykologisista ulottuvuuksista. Kartoitus tutustutti henkilöstölle potilastur-

vallisuuskulttuurin tarkasteluun tarvittavia käsitteitä ja kartoituskysely -työvälineen. Organisaation johto ja työntekijät voivat hyödyntää kartoituksen tuloksia tarkastellessaan ja kehittäessään työyhteisön kulttuuria turvallisuuden näkökulmasta. Organisaatio voi halutessaan jatkossakin käyttää kyselyn muuttujia potilasturvallisuuden tason indikaattoreina ja seurata näiden avulla "turvallisuustrendiä".

Opinnäytetyön aihe on hoitotyön kannalta merkittävä ja ajankohtainen. Kansallisen strategian mukaan tavoite on ankkuroida potilasturvallisuus vuoteen 2013 mennessä toiminnan rakenteisiin ja toimintatapoihin. Tarvitaan potilasturvallisuustutkimusta, sillä organisaation kokonaistoiminnan kehittymisen perusedellytykset ovat tiede ja tutkimus, näyttöön perustuva kehittäminen. Espoossa on tartuttu toimeen, kuten jo monessa Suomen sairaanhoitopiirissä ja perusterveydenhuollon yksikössä ja nimetty vastuuhenkilöitä, otettu käyttöön työkaluja ja lähdetty tarkastelemaan asenteita.

2 Potilasturvallisuuskulttuuri organisaatiokulttuurin osana

2.1 Potilasturvallisuus

Potilasturvallisuus (ruots. patientsäkerhet, engl. patient safety) sisältää hoidon turvallisuuden, lääkehoidon turvallisuuden ja laiteturvallisuuden. Potilasturvallisuuden tavoitteena on varmistaa hoidon turvallisuus sekä suojata potilasta vahingoittumasta. (Snellman 2009:37; Potilas- ja lääkehoidon turvallisuussanasto 2006:6.) Potilaan näkökulmasta potilasturvallisuudella tarkoitetaan sitä, ettei hoidosta aiheudu haittaa (Potilas- ja lääkehoidon turvallisuussanasto 2006:6). Potilasturvallisuuden edistäminen on kustannusvaikuttavaa toimintaa. Kokemuksen mukaan potilasturvallisuus taataan parhaiten siirtämällä huomio yksittäisistä työntekijöistä ja virheistä potilaille aiheutuvien haittojen vähentämiseen sekä arvioimalla ja tutkimalla palvelujärjestelmää ja poistamalla siellä olevia riskejä. (Snellman 2008:5-6.)

Terveysten- ja sairaanhoito on monisyistä ja vaativaa. Potilasturvallisuus on terveyden- ja sairaanhoidon laadun perusta. Hoidon turvallisuus muodostuu hoitomenetelmien turvallisuudesta ja toisaalta hoitamisen turvallisuudesta. Turvallinen hoito toteutetaan oikein ja oikeaan aikaan. Vaaratapahtumat tai potilasturvallisuustapahtumat (patient safety incident) ovat mahdollisia, vaikka henkilökunta on ammattitaitoista ja työhönsä sitoutunutta ja toiminta varsin säädeltyä. (Snellman 2009:32;38.)

Turvallinen lääkehoito käsittää lääketurvallisuuden (drug safety), joka liittyy valmisteiden farmakologisiin ominaisuuksien tuntemiseen ja lääkitysturvallisuuden (medication safety), joka puolestaan liittyy lääkkeiden käyttöön ja lääkehoitojen toteuttamiseen. Laiteturvallisuudella tarkoitetaan paitsi käyttöturvallisuutta myös laitevioilta ja toimintahäiriöiltä suojautumista. (Snellman 2009:38–39.)

2.2 Organisaatiokulttuuri

Organisaatiokulttuuri voidaan nähdä organisaation tapana määritellä perustehtävänsä ja ratkaista sen vaatimukset (Reiman – Oedewald 2008:27). Organisaatiokulttuurin tarkastelun funktionaalinen näkemys lähtee oletuksesta, että organisaatiokulttuurin tehtävänä on tukea muodollista hallintojärjestelmää ja strategiaa. Organisaatiokulttuuri on muokattavissa ja johdettavissa ylhäältä käsin. Tulkinnallinen organisaatiokulttuuri nähdään monimutkaisena ilmiönä, jota on vaikea kuvata yksinkertaisten syy-seuraus – mallien avulla tai manipuloida ylhäältä käsin. Organisaatiokulttuurissa on olennaista se, miten organisaatio ymmärtää omaa olemassaoloaan, identiteettiään ja toimintaansa. (Reiman - Pietikäinen - Oedewald 2008:13–14.)

Eräs tunnetuimmista organisaatiokulttuurin malleista on Edgar Scheinin kehittämä kulttuurin ”syvyystasomalli”. Hän tarkastelee kulttuuria kolmitasoisena ilmiönä, jossa kulttuurin ylin ja pinnallisin taso koostuu artefakteista; organisaation näkyvistä rakenteista ja prosesseista, näkyvästä käyttäytymisestä, pukeutumisesta, teknologiasta jne. Tämä taso on helppo havaita, mutta sen merkitystä on vaikea tulkita eikä sen välittämä kuva ole aina totuus itse kulttuurista. Organisaation toimintafilosofian ja viralliset arvot Schein sijoittaa mallissaan keskimmäiseen tasoon. Toiminnan kannalta keskeisin kulttuurin taso on organisaation perusoletusten taso. (Schein 2009:31–36.) Turvallisuuskulttuurin kannalta on keskeistä havainnoida ja ymmärtää ihmisten ajatuksia ja käsityksiä turvallisuudesta, turvallisuususkomuksia sekä itsestään selviksi muuttuneita turvallisuuteen vaikuttavia tapoja ja toimintoja (Reiman - Oedewald 2008:123).

Organisaatio voidaan käsittää rakenteellisena kehyksenä ja työn organisoijana. Ihmiset muodostavat organisaation sielun. Organisaatiokulttuuri kuvastuu organisaatiossa työskentelevien kanssakäymisen säännönmukaisuuksissa, pelisäännöissä, tunnelmassa ja ilmapiirissä. Organisaatiokulttuuri heijastuu normeihin, ilmaistuihin arvoihin ja toimintaa ohjaavaan perusfilosofiaan. (Juuti 2006:204–208.)

Organisaation rakenne voi yhdessä sisäisen integraation, henkilöstön kokemusten ja kulttuuristen käsitysten kanssa tukea turvallisuutta, tuottavuutta ja työntekijöiden hyvinvointia tai ne voivat vaikuttaa kielteisesti näihin asioihin. Kulttuuri ulottuu ja vaikuttaa myös niihin asioihin, joita ei pidetä merkityksellisinä kyseisessä organisaatiossa, sekä niihin, jotka koetaan työläinä, ahdistavina ja hyvinvointia uhkaavina. (Juuti 2006:245–247.)

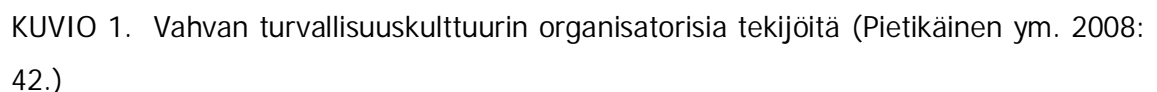
Organisaatioilmapiiri on organisaatiokulttuuria vanhempi käsite. Organisaatioilmapiiri voidaan määritellä yksilön kuvaukseksi sen sosiaalisen ympäristön ominaispiirteistä, jonka osa hän on. Organisaatioilmapiiri ja organisaatiokulttuuri ovat tiukasti toisiinsa kietoutuneita käsitteitä. Juuti pitää ilmapiirin tutkimusta yksilön havainnoille perustuvana summatiivisena kuvailuna, kun taas kulttuurin tutkimus on enemmän ryhmän tai yhteisön ominaispiirteisiin liittyvä ilmiö. (Juuti 2006:233–234.)

Turvallisuusilmapiirin käsite on syntynyt organisaatioilmapiirin tutkimusperinteen pohjalta. Zohar (1980) ilmaisee, että turvallisuusilmapiiri on turvallisuuskäyttäytymiseen vaikuttava työntekijöiden jakamien turvallisuusnäkemysten summa. Myöhemmissä tutkimuksissa sitä on pidetty helpommin mitattavana ja hetkellisempänä kuin turvallisuuskulttuuria ja sillä on viitattu turvallisuuskulttuurin pintatasoon (näkyvimpään). (Reiman ym. 2008:10–11.)

2.3 Turvallisuuskulttuuri

Turvallisuuskulttuurin käsite on saanut alkunsa Tsêrnobylin ydinvoimalaonnettomuuden tutkintaraportissa kuvaamaan sitä, miten johtamiseen ja organisaatioon liittyvät tekijät sekä sosiaaliset tekijät voivat vaikuttaa onnettomuuksien syntymiseen (Reiman - Oedewald 2008:121). Turvallisuuskulttuuria arvioimalla voidaan saada käsitys organisaation turvallisuuden haasteista. Arviointi edesauttaa turvallisuuden käsitteiden leviämistä organisaatiossa. Turvallisuuskulttuuri-käsite on johtamistyökaluna hyödyllinen ja toimii toiminnan johtamisen työkaluna korostaessaan turvallisuutta yhtenä organisaation toiminnan keskeisistä tavoitteista ja pyrittäessä keskustelemaan turvallisuuden saavuttamisen edellytyksistä ja esteistä. (Reiman - Oedewald 2008:348–349.)

Käsitettä turvallisuuskulttuuri pidetään laajemman organisaatiokulttuuri-käsitteen erityisenä sovellutuksena tai osana. Turvallisuuskulttuurin kehittämisessä avainasemassa on



Turvallisuuskulttuuria jäsentäessä ilmiöstä voidaan Reimanin mukaan erottaa kolme laadullisesti erilaista tasoa tai näkökulmaa; organisatoristen ulottuvuuksien taso, psykologisten ulottuvuuksien taso ja sosiaalisten prosessien taso. Organisaation turvallisuuskulttuurin arvioinnissa on tärkeää huomioida kaikki nämä kolme turvallisuuskulttuurin näkökulmaa (Pietikäinen ym. 2008:26).

Turvallisuuskulttuurin organisatorisia ulottuvuuksia on tutkittu paljon. Yhteisymmärrystä turvallisuuskulttuurin keskeisistä ulottuvuuksista ei ole vielä saavutettu täydellisesti. Näkemykset turvallisuuskulttuurin keskeisistä organisatorisista ulottuvuuksista ovat monelta osin kuitenkin varsin yhdensuuntaisia. Reiman, Pietikäinen ja Oedewald ovat hahmottaneet kolmesta keskeisintä turvallisuuskulttuurin organisatorista ulottuvuutta (taulukko 1). Ulottuvuuksien teemat liittyvät johtajuuteen, tiedonkulun hallintaan, yhteistyön hallintaan, oppimisen ja osaamisen varmistamiseen sekä resurssien ja muutosten hallintaan. Nämä teemat toistuvat tai painottuvat turvallisuustutkimuksissa, turvallisuuskulttuuritutkimuksissa ja onnettomuustutkinnoissa. (Reiman ym. 2008:47;51.)

Turvallisuuskulttuurin psykologiset ulottuvuudet voidaan tiivistää viideksi olemukseltaan yksilöissä ilmeneväksi subjektiivisen tuntemuksen ja käsityksen ulottuvuudeksi (taulukko 1). Näitä yksilön ja hänen sosiaalisen ympäristönsä ja työnsä välisessä vuorovaikutuksessa syntyviä ilmiöitä ovat työn hallittavuus, turvallisuusmotivaatio, systeeminen turvallisuuskäsitelmä, vastuu organisaation turvallisuudesta ja vaaratietoisuus. Nämä subjektiiviset tuntemukset ja käsitykset ovat näin sidoksissa työhön ja siihen sosiaaliseen kontekstiin, jossa työ toteutetaan. (Reiman ym. 2008:67.)

Organisaatioon muodostuvia sosiaalisia prosesseja ei usein ole sisällytetty turvallisuuskulttuurikäsitteeseen kuuluvaksi. Sosiaalisten prosessien tunnistamiseksi ja niiden turvallisuusvaikutusten arvioimiseksi tarvitaan lisää tutkimusta. Turvallisuustutkimusten perusteella Reiman kumppaneineen on tunnistanut turvallisuuskulttuurin organisatoristen ja psykologisten dimensioiden kehittymisen ymmärtämisen ja niiden kehittämisen kannalta merkityksellisiä sosiaalisia mekanismeja (taulukko 1). Nämä ilmiöt liittyvät ymmärryksen luomiseen päivittäisistä tapahtumista ja omasta roolista niissä sekä yksilön, työryhmien ja yksiköiden pyrkimyksiin muodostaa ja ylläpitää normeja ja yksilön käsitysten juurtumisen merkitykseen. Ne selittävät muun muassa sitä, miten eri kontekstissa eri aikoina organisatoriset prosessit vaikuttavat henkilöstöön ja miten näiden myötä syntyneet psykologiset tilat vaikuttavat toimintaan. (Reiman ym. 2008:77–78.)

TAULUKKO 1. Turvallisuuskulttuurin ulottuvuudet (Reiman ym. 2008)

Turvallisuuskulttuurin organisatoriset ulottuvuudet	Turvallisuuskulttuurin psykologiset ulottuvuudet	Turvallisuuskulttuurin sosiaaliset prosessit
<ul style="list-style-type: none"> • Johtamisjärjestelmän määrittely ja ylläpitäminen • Johdon toiminta turvallisuuden varmistamiseksi • Turvallisuudesta viestiminen • Lähiesimiestoiminta • Yhteistyö ja tiedonkulku lähityöyhteisössä • Yhteistyö ja tiedonkulku yksiköiden välillä • Eri ammattiryhmien osaamisen yhteensovittaminen • Organisatorisen oppimisen käytännöt • Osaamisen varmistaminen ja koulutus • Resurssien hallinta • Työn tukeminen ohjeilla • Ulkopuolisten toimijoiden hallinta • Muutosten hallinta 	<ul style="list-style-type: none"> • Turvallisuusmotivaatio • Ymmärrys oman työn ja organisaation vaaroista, vaaramekanismeista ja mahdollisista onnettomuuksista • Ymmärrys organisaation turvallisuudesta ja organisaatiosta • Vastuu organisaation turvallisuudesta • Työn hallinta 	<ul style="list-style-type: none"> • Ymmärryksen luominen päivittäisistä tapahtumista ja omasta roolista niissä • Normien ja sosiaalisen identiteetin muodostuminen ja ylläpitäminen • Toimintatapojen optimointi ja ajalehtiminen • Poikkeamien normalisointi • Työtä ja turvallisuutta koskevien käsitysten juurtuminen

Kaikki kolme turvallisuuskulttuurin tasoa ovat vuorovaikutuksessa keskenään siten, että organisatoriset ulottuvuudet vaikuttavat turvallisuuskulttuurin psykologisiin ulottuvuuksiin ja organisaation sosiaalisiin prosesseihin. Puolestaan turvallisuuskulttuurin psykologiset ulottuvuudet eli henkilön kyky ja halu hoitaa perustehtävänsä turvallisuuden kannalta optimaalisesti vaikuttavat myös organisatorisiin ulottuvuuksiin ja sosiaalisiin prosesseihin. (Reiman ym. 2008:90.)

2.5 Potilasturvallisuuskulttuuri

Potilasturvallisuuskulttuurin käsite on vielä uusi ja vakiintumaton. Käsite kuvaa organisaation potentiaalista toimintaa siitä, millaiset edellytykset organisaatiossa on työn toteuttamiseen potilaiden kannalta turvallisesti, eikä siihen suoraan sisälly yksittäisen työntekijän toiminnan tuloksellisuus tietyssä tilanteessa. Potilasturvallisuuskulttuuri nähdään monitahoisena ilmiönä, jossa yhdistyvät henkilöstön kokemukset ja näkemykset, työyhteisön sosiaaliset ilmiöt ja organisaation toimintaprosessit. Se kuvaa organisaation potentiaalista toimintaa, kyvykkyyttä, tahtoa ja edellytyksiä. Potilasturvallisuuskulttuurin käsitteen käytöllä korostetaan sitä, että terveydenhuollon organisaatioiden sosiaaliset, rakenteelliset ja psykologiset ilmiöt yhdessä vaikuttavat potilasturvallisuuteen. (Reiman – Pietikäinen- Oedewald 2009: 65–68.)

Organisaatio luo edellytykset työn turvallisuudelle, yksittäisillä työntekijöillä on vain rajallinen vaikutusmahdollisuus. Yhteiskunnan eri instituutiot pyrkivät vaikuttamaan potilasturvallisuuteen esimerkiksi lakien ja viranomaistoiminnan kautta. Organisaation käsissä on kuitenkin lopulta se, miten esimerkiksi lain vaatimuksia tulkitaan tai huomioidaan turvallisuuden kannalta olennaiset vaatimukset ja rajoitukset.

Turvallisuuskulttuurin ollessa hyvä, potilaiden turvallisuudesta välitetään aidosti ja toimintaan liittyviä vaaroja pyritään ymmärtämään ja ennakoimaan. Potilasturvallisuuskulttuuria arvioimalla voidaan ennakoida organisaation kykyä toteuttaa työ potilaiden kannalta turvallisesti. Potilasturvallisuuskulttuurin kehittämisessä on kyse organisaation toiminnan kehittämisestä siten, että turvallisen hoidon edellytyksiin kiinnitetään erityistä huomiota. Potilasturvallisuustutkimuksissa vallitsevan terveydenhuollon kulttuurin on katsottu olevan yksilöitä korostava ja syyllistävä, mikä puolestaan ehkäisee virheistä oppimista ja siten potilasturvallisuuden kehittymistä. (Reiman ym. 2009: 65–68.)

Ranskalainen turvallisuusalan professori ja lääkäri René Amalberti kumppaneineen (2005) on esittänyt viisi terveydenhuollon kulttuuriin liittyvää potilasturvallisuuden kehittämisen esteitä. Pohdinnat perustuvat potilasturvallisuuden kehittämisen haasteisiin terveydenhuollossa sekä kokemuksiin esteet onnistuneesti ”ylittäneistä” Ilmailu- ja ydinvoima-alan organisaatioista.

Ensimmäinen este on rajoitusten puuttuminen järjestelmän maksimikuormitukselle ja sallitulle riskitasolle. Painopiste on tuotannon maksimoimisessa, ainakaan turvallisuus ei ole se tekijä, joka rajoittaisi miten paljon suoritteita järjestelmä voi pyrkiä tekemään. Järjestelmässä toimitaan sietokyvyn rajoilla ja koetaan, että on pakko ottaa riskejä. Sairaalaosasto esimerkiksi pyritetään yhden hoitajan vajaamiehityksellä melko rutiininomaisesti.

Toinen este on järjestelmässä toimivien ylenpalttinen autonomia. Tällä Amalberti kumppaneineen tarkoittaa terveydenhuollon toimijoiden, erityisesti lääkäreiden mahdollisuutta itse säädellä toimintatapojaan ja muodostaa omia henkilökohtaisia tapoja tehdä työtään (vrt. kuten liikenne, joka koostuu yksilöllisistä autoilijoista, joilla kaikilla on omat tavoitteensa ja jossa toisia ajajia pidetään lähinnä esteinä). Kolmantena esteenä nähdään käsityömainen asenne työhön, joka pitäisi korvata ”tasavertaisen toimijan ” ajatuksella. Amalberti nostaa esimerkkinä esiin terveydenhuollosta kirurgien ammattikunnan.

Neljänneksi esteeksi he nimeävät itsekeskeisen oman turvallisuuden suojelun ja konfliktit, jotka aiheutuvat ammattilaisten ja heidän etujärjestöjensä taipumuksesta suojautua juridisilta vastuilta. Taustalla on paradoksi siitä, että mitä turvallisempi jokin järjestelmä on, sitä enemmän huomiota siinä tapahtuvat häiriöt ja onnettomuudet saavat ja sitä enemmän koetaan tarvetta syyllisen löytämiselle. Johtajat ja turvallisuuden kehittäjät tekevät päätöksiä ja toimenpiteitä, jotka kyllä edistävät turvallisuutta mutta samalla myös vapauttavat heidät vastuusta. Tähän esteeseen liittyy yksilöiden erilaiset tavat tarkastella riskejä riippuen siitä, millä organisaation tasolla he ovat. Organisaation "alemmilla" tasoilla vaarat koetaan usein henkilökohtaisempina, mutta suorittavalla tasolla ei välttämättä nähdä tarvetta vaaratilanteiden ja häiriöiden jakamiseen koko organisaation kanssa. Vaaratilanteita ja häiriöitä pidetään omina ongelmina, ei koko työyhteisön oppimismahdollisuuksina.

Viides este on riskin näkyvyyden katoaminen. Tämä aiheutuu järjestelmän rakentamisesta kerroksittaiseksi, monia turvajärjestelmiä ja varmistuksia sisältäväksi monimutkaiseksi kokonaisuudeksi. Vaarana on, että päätöksiä joudutaan tekemään ilman selkeitä todistusaineistoa niiden tehokkuudesta. Turvallisuutta pyritään parantamaan uusilla menetelmillä, mutta vanhoja sääntöjä ja ohjeita ei hylätä. Työtä on entistä vaikeampi suorittaa rikkomatta jotain sääntöä. (Amalberti – Auroy – Berwick – Barach 2005:756–764.)

Potilasturvallisuuskulttuurin arviointi voidaan toteuttaa esimerkiksi lähtöarviona organisaation ja potilasturvallisuuden normaalille kehittämiselle. Turvallisuuskulttuurin käsite on tarpeellinen työkalu potilasturvallisuuden kehittämisessä, koska se auttaa kiinnittämään huomiota toiminnan turvallisuuteen ja auttaa hahmottamaan potilasturvallisuuden organisaation kokonaistoiminnan ominaisuutena. Turvallisuuskulttuurin joitain piirteitä voidaan käyttää potilasturvallisuuden tason indikaattoreina ja seurata näiden avulla "turvallisuustrendiä". (Reiman ym. 2009:65–68.)

2.6 Potilasturvallisuuskulttuuri tutkimuskohteena

Turvallisuuskriittisillä toimialoilla kullakin on hieman toisistaan poikkeavat tutkimustarpeensa ja tutkimusperinteensä. Erot johtuvat toisaalta teknologian kehitystasosta, organisaatioiden rakenteista ja toiminnan organisoinnista sekä toisaalta viranomaispainotuksista sekä poliittisesta paineesta. Myös kansallinen kulttuuri ja eri valtioiden po-

liittinen tai yhteiskunnallinen tilanne ovat vaikuttaneet tutkimuksen suuntaamiseen. (Reiman – Oedewald 2008:48.) Reiman tuo esiin, että turvallisuuskulttuurin käsitteen määrittelyyn ja mittaamiseen liittyvien haasteiden vuoksi käsitteeseen suhtaudutaan organisaatiotutkimuksen akateemisessa kentässä kriittisesti. Johtamistyökaluna käsitettä pidetään hyödyllisenä. (Reiman – Oedewald 2008:348.)

Potilasturvallisuustilanteen mittaamisessa on havaittavissa neljää erityyppistä lähestymistapaa; potilasturvallisuuskulttuurin arviointi, potilaiden kokemusten kerääminen kyselyillä, potilasturvallisuustapahtumien (haittatapahtumien ja ”läheltä piti -tilanteiden”) tilastoiminen ja analysointi ja potilasturvallisuusindikaattoreiden muodostaminen ja seuraaminen. Suomessa potilasturvallisuuskulttuurin tutkimuksia on julkaistu toistaiseksi varsin vähän. Kiinnostus potilasturvallisuustutkimukseen on kasvussa. (Snellman 2008:8.)

Turvallisuuskulttuurin arviointia on tehty pääosin kyselyiden avulla (Pietikäinen 2008:14; Reiman – Oedewald 2008:349). Kriittikinä on esitetty, että kyselyillä voidaan tavoittaa vain kulttuurin pintataso tai ilmapiiri. Kulttuurin syvätason tavoittamiseksi tarvittaisiin etnografisia menetelmiä. Turvallisuuskulttuurin perusteelliset laadulliset analyysit ovat kuitenkin harvinaisia. (Pietikäinen 2008:14.) Harvat tutkimukset myöskään pyrkivät yhdistämään tai vertailemaan näitä menetelmiä (Reiman ym. 2008:27).

Pohjois-Savon sairaanhoitopiirissä keväällä 2008 on toteutettu potilasturvallisuuskulttuuritutkimus osana Vetovoimainen ja turvallinen sairaala-hanketta erikoissairaanhoidon henkilöstölle (Miettinen – Penttinen – Turunen – Partanen – Vehviläinen-Julkunen 2008). Tutkimuksen kyselylomake pohjautui kansainvälisesti testattuun Hospital Survey on patient safety culture-mittariin (Agency for Healthcare Research and Quality, AHRQ). Tutkimus toteutettiin neljässä sairaalassa ja kyselyyn vastasivat potilastyötä tekevä sairaalahenkilöstö ja johtajat. Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata ja analysoida potilasturvallisuuskulttuuria erikoissairaanhoidon henkilöstön näkökulmasta. Tutkimuksessa tutkittiin lähijohtajien odotuksia ja toimintaa potilasturvallisuuden edistämiseksi, oppimista ja jatkuvaa kehittämistä organisaatiossa, tiimityöskentelyä, kommunikaation avoimuutta ja vaaratapahtumiin liittyen palautetta, henkilöstömitoitusta, johdon tukea potilasturvallisuudelle ja yksiköiden välistä tiimityötä.

Verkkokyselyyn vastasi 1064 henkilöä. Vastaajista 86 % oli naisia ja ammattinimikkeeltään 78 % hoitotyöntekijöitä (mukana myös fysioterapeutit), 7 % lääkäreitä ja

10 % hoitotyön johtajia. Vastaajista 55 % oli työkokemusta nykyisestä työyksiköstä enemmän kuin 6 vuotta, sen hetkisessä sairaalassa oli 71 % vastaajista työskennellyt enemmän kuin 6 vuotta. Välittömässä vuorovaikutuksessa potilaiden kanssa työskenteli 92 % vastaajista. 85 % piti mahdollisuuksiaan ammatillisen osaamisen päivittämiseen ja kehittämiseen hyvinä. Erinomaiseksi potilasturvallisuuden arvioi 45 % ja hyväksyttäväksi 48 % vastaajista. (Miettinen ym. 2008.)

Tilastollisesti merkittäviä eroja tutkimuksessa tuli esiin työyksiköiden välillä, ammattiryhmien välillä, arvioissa potilasturvallisuuden tasosta ja arvioissa ammatillisen osaamisen kehittymisen mahdollisuuksista. Tutkimuksen johtopäätöksissä todetaan, että valtaosa erikoissairaanhoidon henkilöstöstä arvioi potilasturvallisuuden tason erinomaiseksi, erittäin hyväksi tai hyväksyttäväksi ja että sairaaloissa toimitaan aktiivisesti potilasturvallisuuden ylläpitämiseksi ja edistämiseksi. Päivystyspoliklinikoilla ja vuodeosastoilla oltiin kriittisempiä potilasturvallisuuteen liittyen. Tutkimuksen avulla tunnistettiin potilasturvallisuuteen liittyviä ongelmia toimintaprosesseissa ja – järjestelmissä. Koettiin tärkeäksi kehittää käytäntöjä ja työkaluja potilasturvallisuutta aiheuttavien ongelmien tunnistamiseen, estämiseen ja virheistä oppimiseen. Johtopäätöksissä nostettiin esiin johdon näkyvyyden tärkeys potilasturvallisuuden edistäjänä. (Miettinen ym. 2008.)

VTT:n ja Työsuojelurahaston rahoittamassa TUKU-projektissa (turvallisuukskulttuurin arviointi- ja kehittämismenettely terveydenhuollossa) kehitettiin vuonna 2008 suomalaisiin terveydenhuolto-organisaatioihin soveltuvaa turvallisuukskulttuurikyselyä (Pietikäinen ym. 2008). Projektissa yhtenä tavoitteena oli sellaisen julkisen loppuraportin kirjoittaminen, jossa turvallisuukskulttuurin kehittämistä tarkastellaan osana terveydenhuolto-organisaatioiden kokonaistoiminnan kehittämistä. Loppuraportin ohella Elina Pietikäinen tutki omassa Pro gradu tutkielmassaan tämän turvallisuukskulttuurikyselyn toimivuutta TUKU-projektissa olleissa terveydenhuolto-organisaatioissa (Vaasan sairaanhoitopiiri, Pirkanmaan sairaanhoitopiiri, Kymenlaakson sairaanhoitopiiri, Keski-Suomen sairaanhoitopiiri ja Jyväskylän terveystakeskussairaala). Projektin tavoitteena oli samalla lisätä ymmärrystä potilasturvallisuukskulttuurista ilmiönä.

Kyselyn turvallisuukskulttuurin organisatorisia ulottuvuuksia arvioivan osamittarin laadinnassa on hyödynnetty erityisesti Hospital Survey on Patient Safety Culture-kyselyä (Sorra – Nieva 2004). Zoharin ym. (2000) turvallisuuksilmapiiirikyselystä on käännetty joitain lähiesimiestoimintaa koskevia osioita. Ulkopuolisten toimijoiden hallintaan liitty-

vien osioiden laadinnassa on sovellettu ydinvoima-alalle kehitettyä mittaria. Turvallisuuskulttuurin organisatorisia ulottuvuuksia arvioivan mittarin laatimisessa on puolestaan hyödynnetty VTT:llä kehitettyä ja validoitua CULTURE-kyselyä. (Reiman ym. 2008). Tutkittavien organisaatioiden projektiryhmät sekä STM:n potilasturvallisuuskulttuurin edistämisen työvaliokunnan edustajat ovat kommentoineet kyselyä ja palautteiden pohjalta on kyselyn joitakin väittämiä tarkennettu sekä lisätty taustatietokysymyksiin taustamuuttujia.

TUKU-projektiin palautui 1515 kyselyvastausta ($N = 7131$, vastausprosentti 21 %). Keski-Suomen sairaanhoitopiirin vastaukset (8 %, $N=2170$, $n= 170$) jätettiin pois pro gradu-tutkimuksesta, koska organisaation vastausprosentti jäi hyvin alhaiseksi, samoin Jyväskylän terveystieteiden keskuslaitoksen vastaukset, koska organisaatio edusti, toisin kuin muut perusterveydenhuoltoa ja otoskoko oli muihin organisaatioihin verrattuna pieni ($N=141$, $n=38$, vastausprosentti 27 %). Lopullisen aineiston kokonaisvastausprosentti oli 27 % ($n= 1298$, $N=4820$). Vastaajien henkilöstöryhmän jaottelussa käytettiin HaiP-ro-vaaratapahtumien raportointijärjestelmään vietyä luokitusta. Kaikista vastaajista lääkäreitä oli 7 % ja selvästi yli puolet (66 %) oli eriasteisia sairaanhoitajia. Vastaajista 16 % työskenteli esimiestehtävissä. Samankaltaisissa tehtävissä vastaajat olivat työskennelleet keskimäärin 11,5 vuotta. (Pietikäinen 2008: 22–29.)

Kyselyn validiteetin arvioimiseksi on faktorianalyysillä selvitetty, vastaako empiirinen aineisto organisatorisista ulottuvuuksista Reimanin kumppaneineen 2008 esittämää teoreettista mallia. Faktoriratkaisun pohjalta on lisäksi tutkittu muodostettujen organisatoristen ulottuvuuksien keskinäisiä yhteyksiä. Yksisuuntaisella varianssianalyysillä on selvitetty, eroavatko organisaatiot, henkilöstö- ja ikäryhmät sekä organisaatiossa työskentelyajan mukaan muodostetut ryhmät toisistaan organisatoristen ulottuvuuksien arvioinneissa. Faktoriratkaisun pohjalta laadittujen asteikkojen reliabiliteettiä on arvioitu Cronbachin alfa-kertoimella. Kyselyasteikkojen reliabiliteetti on kyselyssä ollut sisäisen johdonmukaisuuden näkökulmasta hyvä ($\alpha > .60$). Kyselyä on jatkokehitetty edelleen luotettavuuden ja toimivuuden parantamiseksi tämän jälkeen. Paranneltu kysely on kuluvan talven aikana käytössä muutamissa terveydenhuolto-organisaatiossa. (Pietikäinen 2008: 22–29.)

Kyselyn lisäksi TUKU-projektiin osallistuneissa organisaatioissa tietoa kerättiin 29:lla yksilohaastattelulla. Henkilöstöltä selvitettiin haastatteluissa heidän käsityksiään organisaation turvallisuuskulttuurista ja sen kehittämisestä. Pilottikyselyn tulosten pohjalta

jokaisessa mukana olleessa organisaatiossa järjestettiin palauteseminaarit. (Pietikäinen ym. 2008:7.) Suomalaisten terveydenhuolto-organisaatioiden turvallisuuskulttuurin vahvuutena voidaan TUKU-projektin kyselyn perusteella pitää lähityöyhteisöjen yhteistyötä ja lähiesiemiestoimintaa. Haasteina puolestaan projektin tulosten perusteella tutkijat tuovat esiin työn hallinnan lisäksi johdon toimintaa turvallisuuden varmistamiseksi, resurssien hallintaa sekä muutosten hallintaa. (Pietikäinen ym. 2008:57–58.)

Ulkomaisista terveydenhuollon potilasturvallisuuskulttuurimittareista alan kirjallisuudessa yleisimmin mainitaan *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (AHRQ) (Sorra – Nieva 2004) ja *Safety Culture Questionnaire* (SAQ) (Sexton ym 2006) sekä *Manchester Patient Safety Framework*-työkalu eli MaPSaF (NHS 2007). MaPSaF on kehitetty auttamaan NHS-organisaatioita (The National Health Service) arvioimaan turvallisuuskulttuuriaan ja sen kehittymistä. Menetelmässä on sovellus perusterveydenhuollon organisaatioille. Turvallisuuskulttuurimittarin suora suomentamista olemassa olevista ulkomaisista mittareista ei pidetä suositeltavana tutkimusalueen kirjavuuden ja kansallisten kulttuurien erojen vuoksi. (Pietikäinen 2008:13–14.) Taulukossa 2 on vertailtu TUKU-kyselyn peittoalueita suhteessa edellä mainittujen yleisimpien potilasturvallisuuskulttuurimittareiden peittoalueisiin.

TAULUKKO 2. Potilasturvallisuuskulttuurin keskeisten mittarien peittoalueet-tilukko (Snellman 2008:9) lisättynä TUKU-kyselyn peittoalueet

Mittauksen tarkoitus	Mittari			
	AHRQ	MaPSaF	SAQ	TUKU
Potilasturvallisuudelle annettu huomio ja tärkeys	+	+	+	+
Viestintä	+	+	+	+
Virheen käsittely	+	+	+	
Tiedon kulku ja käsittely	+	+	+	+
Potilaan haattatapahtumien syiden tunnistaminen		+		+
Työtyytyväisyys			+	+
Johtajuus	+	+	+	+
Haattatapahtumista oppiminen		+	+	+
Potilaiden osallistuminen potilasturvallisuuteen		+		
Koettu ja tunnistettu stressi			+	+
Kokemukset potilaisiin kohdistuneiden haattatapahtumien syistä	+			+
Henkilöstöhallinto	+	+	+	+
Haattatapahtumien raportointi	+	+	+	
Harjoittelu ja opetus		+	+	+

Mittauksen tarkoitus	Mittari			
	AHRQ	MaPSaF	SAQ	TUKU
Työympäristö	+		+	+
Työskentely tiiminä	+	+	+	+

3 Espoon sairaala

Espoon sairaala kuuluu hallinnollisesti Espoon sosiaali- ja terveystoimen Vanhustenpalveluiden tulosityksikköön. Vanhustenpalveluihin tulosityksikköön kuuluu Espoon sairaalan lisäksi kotihoito ja pitkäaikaishoito (kuvio 2).



KUVIO 2. Espoon Vanhustenpalvelut tulosityksikkö

Espoon kaupungilla on sairaalatoimintaa kolmessa osoitteessa: Jorvissa kolme akuuttihoiton osastoa, Puolarmetsässä neljä kuntoutusosastoa ja Muuralassa muistipoliklinikka ja päiväsairaala. Jorvin sairaalan tiloissa toimivilla Espoon sairaalaan akuuttihoiton osastoilla hoidetaan pääasiassa päivystyksen kautta hoitoon tulevia aikuisikäisiä espoolaisia, joiden sairaus ei vaadi erikoissairaanhoitoa. Osa potilaista tulee osastoille ennalta suunniteltuihin tutkimuksiin tai jatkohoitoon erikoissairaanhoidosta. Potilaiden hoitoaika näillä akuuttiosastoilla on keskimäärin kaksi viikkoa.

Puolarmetsän osastoilla hoidetaan aikuisikäisiä terveyskeskuslääkärin tutkimuksiin, hoitoon ja kuntoutukseen tai erikoissairaanhoidosta jatkohoitoon tulevia espoolaisia potilaita. Puolarmetsässä sijaitsee myös kotisairaalan toimisto. Kotisairaalahoido on vaihtoehto vuodeosastohoidolle potilaan niin halutessa. Hoitoa antavat sairaanhoitajat kaikkina vuorokauden aikoina ja viikonpäivinä. Hoitokäyntien välillä potilaan tulee selviytyä yksin tai omaisten turvin kotonaan. Hoitotilanteen vaatiessa potilas voi siirtyä vuodeosastohoitoon.

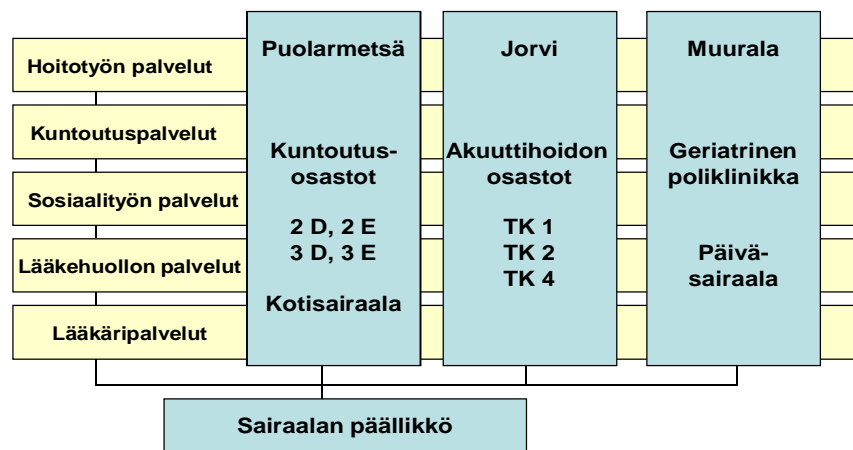
Muistipoliklinikalla tutkitaan yli 75-vuotiaita espoolaisia, joilla epäillään muistihäiriötä. Asiakas käy muistipoliklinikalla 1-3 kertaa. Muistipoliklinikalla lääkärin työparina toimiva muistihoitaja auttaa espoolaisia muistihäiriöisiä sekä heidän läheisiään sopeutumaan ja selviytymään sairauden kohdatessa ja sen eri vaiheissa. Muistihoitaja tekee kotikäyntejä, antaa puhelinneuvontaa ja omainen voi tulla keskustelemaan vastaanotokäynnille. Yksikön muistikoordinaattorit toimivat yhteyshenkilönä muistihäiriötä sairastavan asiakkaan, perheen, sosiaali- ja terveystoimen toimijoiden sekä muiden yhteistyötahojen välillä. Koordinaattorit tukevat muistisairaiden kotona asumista ja omaishoitajuutta, tekevät kotikäyntejä ja antavat puhelinneuvontaa.

Päiväsairaala on Espoon sairaalaan kuuluva avosairaanhoidon yksikkö, joka tarjoaa Muuralan toimipisteessä neurologista kuntoutusta, muistihäiriöpotilaan tutkimusta, arviointia ja hoitoa sekä geriatriasta arviointia ja kuntoutusta. Päiväsairaalassa on 12 potilaspaikkaa. Hoitojakson aikana potilas käy päiväsairaalassa 1-2 kertaa viikossa. Jakso suunnitellaan yksilöllisesti hoidon tarpeen ja kuntoutustavoitteen mukaan ja toteutetaan moniammatillisesti yhdessä potilaan ja päiväsairaalan tiimin kanssa. (Espoon internet-sivut)

Espoon sairaalassa työskentelee yhteensä yli 300 eri ammattilaista (Kuvio 3). Hoitotyön palveluiden esimiehenä toimii ylihoitaja ja hänen alaisuudessaan työskentelee 9 osastonhoitajaa, 205 sairaanhoitajaa tai lähihoitajaa ja 9 terveyskeskusavustajaa. Kuntoutuspalveluissa on myös oma esimies ja hänen johdollaan Espoon sairaalassa työskentelee 28 fysioterapeuttia, 6 toimintaterapeuttia, 3 puheterapeuttia, 1 ravitsemusterapeutti, 4 kuntohoitajaa, 5 virike- tai askarteluohjaajaa, jalkahoitaja ja musiikkiterapeutti. Johtavan sosiaalityöntekijän lisäksi sosiaalityöntekijöitä on seitsemän. Lääkehuollosta vastaa proviisorin johdolla 5 farmaseuttia ja 2 lääketyöntekijää. Omia lääkäreitä Espoon sairaalassa on ylilääkärin lisäksi 17 lääkärinä. Espoon sairaala on tehnyt yksityisen lääkäfirman kanssa sopimuksen ilta- ja viikonloppupäivystyksestä. Hoito-

henkilökunnan puutevuoroihin on käytettävissä sairaalan omaa varahenkilöstöä, mutta akuuttipuutteisiin hankitaan sijaiset Seuresta (pääkaupunkiseudun kaupunkien oma henkilöstöpalveluyhtiö). Vanhustenpalveluiden operatiivisen tuen asiakas- ja resursiosihjausyksikön työntekijät kuuluvat hallinnollisesti Espoon sairaalaan (kuvio 2). (Espoon internet sivut)

Espoon sairaala



KUVIO 3. Espoon sairaala organisaatiokaavio

Potilasturvallisuuden edistäminen liittyy Espoossa valtuustokauden 2009–2012 tavoitteisiin. Sosiaali- ja terveystoimen johtoryhmä nimesi valmistelua eteenpäin viemään ohjausryhmän. Ohjausryhmä puolestaan nimesi turvallisen lääkehoidon seuranta ja raportointi työryhmän, joka aloitti toimintansa syksyllä 2009. Työryhmän tehtävänä on vaaratapahtumien raportointi- ja seurantajärjestelmän käyttöönoton läpivieminen koko toimialan tasolla. Espoon sairaalan yksiköt ottivat järjestelmän käyttöön keväällä 2010. Aiemmin vuonna 2008 yksi Espoon sairaalan yksikkö oli osallistunut HaiPro vaaratapahtumien raportointi- ja seurantajärjestelmän pilotointiin myönteisin palauttein.

Lääkehoidon turvallisuuden edistämiseksi Espoon sairaalalle on tehty oma lääkehoitosuunnitelma. Suunnitelman pohjana on käytetty koko toimialan lääkehoidon puitesuunnitelmaa, joka vastaavasti on laadittu sosiaali- ja terveysministeriön asettaman työryhmän laatiman valtakunnallisen oppaan, Turvallinen lääkehoito (STM 2005:32) pohjalta. Puitesuunnitelma tarkistetaan ja päivitetään vuosittain erikseen nimetyssä lääketyöryhmässä. Espoon sairaalasta tässä lääketyöryhmässä on proviisorin lisäksi mukana ylilääkäri ja ylihoitaja.

Potilasturvallisuustietoa kerätään moniin viranomaistietokantoihin ja toimijälähtöisesti ylläpidettyihin rekistereihin. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) keräämiin hoidon päättymisilmoituksiin ("Hilmo") on vuodesta 2005 alkaen sisältynyt tieto hoidon haittavaikutuksesta. Hoidon haittavaikutuksella tarkoitetaan terveydenhuollon ammattihenkilön antamaan hoitoon tai suorittamaan toimenpiteeseen liittyvää odottamatonta seuraamusta, joka aiheuttaa normaaliin hoitoon verrattuna objektiivista haittaa, hoidon keston pidentymistä tai lisääntyneitä kustannuksia (Hilmo 2010: 37–38). Espoon sairaalasta tehdään tämän lisäksi ilmoituksia lääkelaan turvallisuus- ja kehittämiskeskuselle, Fimealle (lääkkeiden vakavat haittavaikutukset) ja sosiaali- ja terveysalan valvontavirastolle, Valviralle (lääkinnällisten laitteiden ja tarvikkeiden vakavat vaaratilanteet). Muita tietokanavia ovat potilasvakuutuskeskuksen lähettämät lausuntopyyntö, muistutukset, kantelut ja valitukset sekä asiakaspalautejärjestelmän kautta saatu palaute.

4 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa Espoon sairaalan potilasturvallisuuskulttuuria. Tavoitteena on muodostaa kuva Espoon sairaalan potilasturvallisuuskulttuurin organisatorisista ja psykologisista ulottuvuuksista ja mallintaa potilasturvallisuuteen vaikuttavia tekijöitä (ks. taulukko 1).

Potilasturvallisuuskulttuurin arvioinnin ja mallinnuksen tulosten pohjalta organisaation johto ja työntekijät kykenevät tarkastelemaan kulttuuriaan turvallisuuden näkökulmasta. Kartoitus tutustuttaa henkilöstölle potilasturvallisuuskulttuurin tarkasteluun tarvittavia käsitteitä ja työvälineitä.

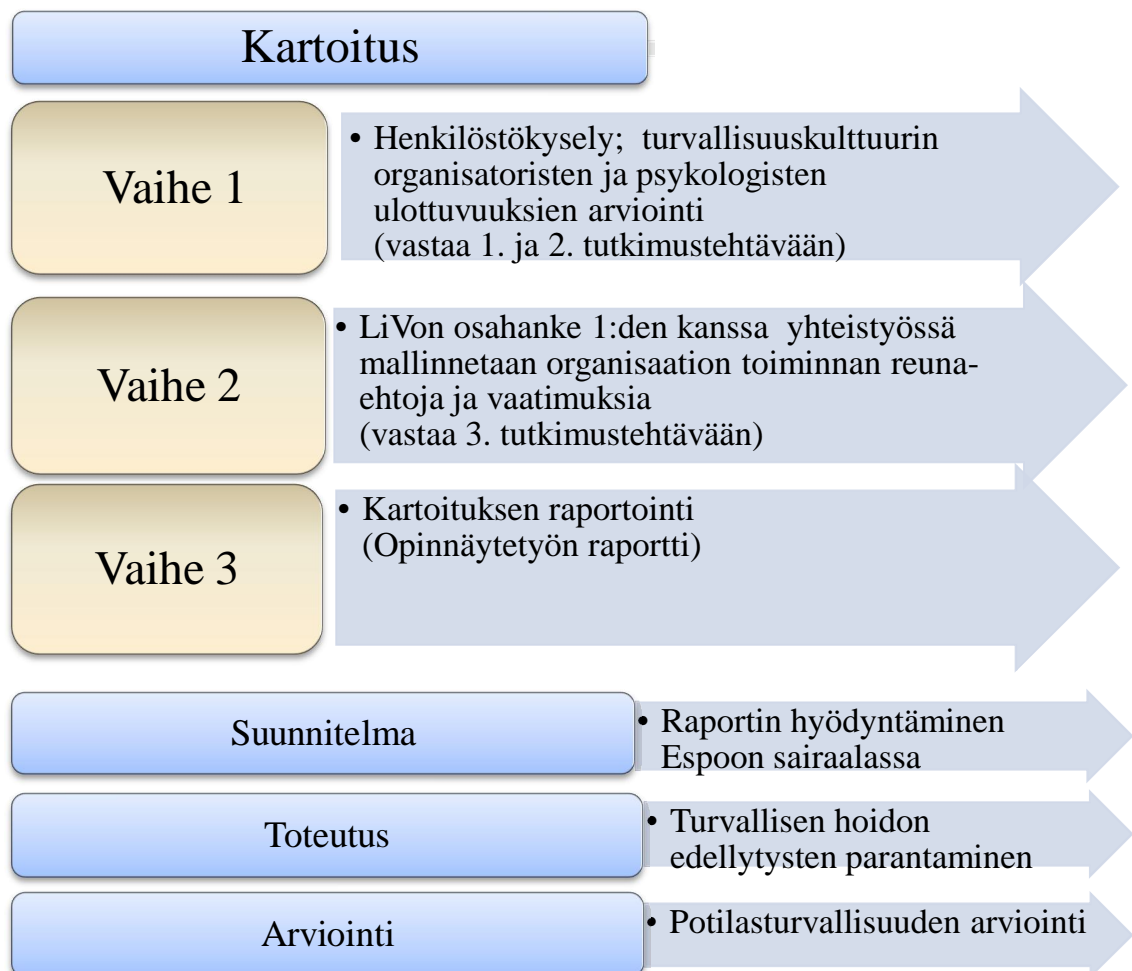
Tutkimustehtävät:

1. Millaisena Espoon sairaalan potilasturvallisuuskulttuuri näyttäytyy turvallisuuskulttuurin organisatoristen ulottuvuuksien tarkastelun pohjalta?
2. Millaisena Espoon sairaalan potilasturvallisuuskulttuuri näyttäytyy turvallisuuskulttuurin psykologisten ulottuvuuksien tarkastelun pohjalta?
3. Tunnistaa Espoon sairaalan potilasturvallisuuden riskitekijöitä

5 Potilasturvallisuuskulttuurikartoituksen toteuttaminen

5.1 Kartoitusprosessin eteneminen

Tämä opinnäytetyö käsitti turvallisuuskulttuurin arvioinnin toteuttamisen organisatoristen ja psykologisten ulottuvuuksien osalta. Turvallisuuskulttuurin kartoitus eteni kolmen vaiheen kautta (kuvio 4.). Kartoituksen ensimmäisessä vaiheessa toteutettiin henkilöstökysely (liite 1). Vaiheessa kaksi mallinnettiin Liittyvä Voima osahankkeen projekti-ryhmän kanssa kyselyn vastausten pohjalta organisaation toiminnan reunaehdoja ja vaatimuksia. Opinnäytetyön raportti toimi kartoituksen raporttina ja päätti opinnäytetyöosuuden.



KUVIO 4. Espoon sairaalan kehittämisprosessin vaiheet

Espoon sairaalan vastuulle jää potilasturvallisuuskulttuurin sosiaalisten prosessien arviointi sekä turvallisen hoidon edellytysten parantaminen kartoituksen pohjalta PDCA-

kehittämissykliä noudatellen (PDCA = suunnittele (plan), toteuta (do), arvioi (check), kehitä (act)).

5.2 Kartoitusaineiston kerääminen henkilöstökyselyllä

Kartoituksen ensimmäisen vaiheen (kuvio 4) henkilöstökyselynä käytettiin TUKU-projektissa kehitettyä turvallisuuskulttuurikyselyä. Henkilöstökysely sisältää 36 organisatoristen ulottuvuuksien muuttujaa ja 19 psykologisten ulottuvuuksien muuttujaa sekä 5 kontrollikysymystä. Kyselyssä viimeisenä olleella avoimella kysymyksellä oli alkuperäisessä TUKU-kyselyssä koottu palautetta kyselystä, tämän kysymyksen muotoa muutettiin. Vastaajien toivottiin kertovan avoimen kysymyksen vastauksissaan, mitä potilasturvallisuuskulttuuri heidän mielestään tarkoittaa ja tuovan esiin heidän havaitsemia potilasturvallisuusriskejä.

Kyselyssä vastaajat arvioivat väittämien paikkansapitävyyttä asteikolla 1-6. Asteikon ääripäät on nimetty siten, että 1 tarkoittaa "ei lainkaan ja 6 " erittäin hyvin (liite 1). Väittämät kysytään VTT:ltä saadun kyselypohjan mukaisena (liite 2). Kyselyn taustamuuttujia on muokattu Espoon sairaalan organisaatiolle sopivaksi siten, että valittavissa olevat henkilöstöryhmät vastaavat Espoon sairaalan henkilöstöä ja vastuuyksiköt on ilmaistu Espoon sairaalan organisaatiokaavion mukaisesti.

Kyselyn ajankohdasta sovittiin Espoon sairaalan johtoryhmän ja osastohoitajien kanssa. Espoon sairaalan johtoryhmälle ja lähiesimiehille lähetettiin tulossa olevasta potilasturvallisuuskulttuurikyselystä informaatiota viikkoa ennen kyselyn toteuttamista. Kysely avattiin webropol-ohjelmaan 27.4.2010. Kyselyyn pyydettiin vastausta noin puoli vuotta tai pitempään Espoon sairaalan yksiköissä työskennelleiltä. Kyselyajankohtana organisaatioon virallisesti kuuluvia työntekijöitä oli Espoon sosiaali- ja terveystoimen henkilöstöyksiköstä saadun tiedon mukaan 342 henkilöä.

Esimiehet välittivät kyselylinkin jokaiselle työntekijälleen sähköpostitse huhtikuun lopussa. Viestissä esimiehiä pyydettiin kannustamaan ja mahdollistamaan yksiköittensä henkilökuntaa vastaamaan kyselyyn 11.5.2010 mennessä. Sähköpostin ohessa oli saattekirje (liite 3), jossa kerrottiin kyselyn tarkoituksesta, tavoitteesta ja taustasta sekä luottamuksellisuudesta. Kyselyyn vastaamisen oli mahdollista keskeyttää ja jatkaa myöhemmin, mutta lähetysvalmius edellytti jokaiseen kysymykseen vastaamista.

Vastauksia saapui 11.5.2010 mennessä 61 kpl. Johtoryhmän jäsenten kanssa käytyjen keskustelujen pohjalta vastausaikaa jatkettiin. Esimiehet saivat uudelleen sähköpostin kautta saatekirjeen päivitettyinä ja kyselylinkin välitettäväksi uudelleen henkilökunnalleen. Kyselyn tilanteesta informoitiin osastonhoitajien vielä kolmannen kerran 25.5.2010, pyytäen heitä muistuttamaan ja kannustamaan henkilökuntaansa vastaamaan kyselyyn. Kysely oli avattu 8.6.2010 mennessä 162 kertaa. Kyselyyn saapui 124 vastausta kattaen taustamuuttajat ja psykologisten ulottuvuuksien osion ja organisatoristen ulottuvuuksien osalta vastauksia oli tallentunut kyselyraporttiin 123 kappaletta. Yksittäiseltä vastaajalta kyselyn vastaamiseen oli kulunut aikaa keskimäärin 12 minuuttia.

5.3 Henkilöstökyselyn analysointi

Kartoituksen ensimmäisen vaiheen (kuvio 4) turvallisuuskulttuurikysely mahdollisti laajasti työntekijöiden äänen kuulumisen. Henkilöstökyselyn kvantitatiiviset muuttujat ryhmiteltiin summamuuttujiksi eli yhdistetyiksi asteikoiksi kyselyn mukana saadun mitausmallin mukaisesti (liite 3) organisatoristen ja psykologisten ulottuvuuksien mukaisiin teemoihin.

Taustamuuttujana olleet henkilöstöryhmät luokiteltiin uudelleen. Sairaanhoitajat ja perus/lähihoitajat yhdistettiin hoitohenkilökuntaryhmäksi, sillä kyselyn muuttujien keskiarvot eivät poikenneet merkitsevästi toisistaan näiden ryhmien välillä. Sosiaalityöntekijöiden ja hoitoa avustavien henkilöiden vastaukset yhdistettiin kuntoutuksen henkilöstön vastausten kanssa, jotta yksittäiset henkilöt eivät ole tunnistettavissa. Kyselyyn vastanneiden lääkäreiden vastaukset pidettiin kuitenkin omana ryhmänään, olihan lääkäreiden kokonaismäärästä ($N=17$) vastaajien osuus 47 % ($n=8$).

Paljon kysymyksiä sisältävissä mielipidetiedusteluissa keskiarvoja käytetään yleiskuvan antamiseen. Asteikon ääripää on harkitusti arvossa yksi (1), tarkoittaen, ettei väittämä vastaajan mielestä pidä lainkaan paikkaansa. Kyselylomakkeessa kysymykset on asetettu sekä positiivisessa että negatiivisessa muodossa. Osa kysymyksistä on käännetty summamuuttujaan, jotta tulkinta on loogisesti helpompaa kuin päinvastaista numerointia käytettäessä (Heikkilä 1998: 53). Käännetty kysymykset on merkitty liitteen 2 mitausmalliin.

Havaintoaineiston voidaan katsoa olevan yhdestä perusjoukosta, sillä kaikki vastaajat työskentelevät Espoon sairaalassa. Ulottuvuuksille tuotettiin turvallisuuskulttuuria kuvaavia tunnuslukuja (keskiarvot, keskihajonta ja vaihteluvälit) hyödyntäen Webropol 1.0 sovelluksen uutta syksyllä 2010 koekäyttöön tullutta Analyzer raportointi-osiota ja Microsoft Officen Exceliä. Analyzer tuotti samalla myös tiedon muuttujien vinoudesta ja huipukkuudesta. Vinouden tunnusluku antaa tietoa arvojen painotuksesta ja kuvaa sitä, kuinka suuri osa havainnoista on joko keskimääräistä pienempiä tai suurempia. Huipukkuus vuorostaan kuvaa jakauman muotoa. Huipukkuus paljastaa analyysissä, kuinka paljon mittaustuloksista osuu keskiarvon lähelle. (Vilkkä 2007: 125–128.) Monien ilmiöiden – myös psykologisten – on havaittu noudattavan normaalijakaumaa ainakin riittävällä tarkkuudella (Nummenmaa - Konttinen - Kuusinen - Leskinen 1997: 65–66).

Huomiota kiinnitettiin keskiarvosummapistemääriin turvallisuuskulttuurin eri osa-alueilla. Taustamuuttujien yhteyden voimakkuutta yksittäisiin muuttujiin testattiin korrelaatiokertoimella. Tulos katsottiin tilastollisesti melkein merkitseväksi, jos p -arvo oli $<.05$ ja merkitseväksi p -arvon ollessa $<.01$. Riippuvuuksien osalta tarkasteltiin lisäksi niiden suuntaa (positiivinen tai negatiivinen) ja voimakkuutta (-1 ja $+1$) sekä yhteisvaihtelun olemassaoloa. Mitä lähempänä nollaa lukuarvo on, sitä heikompi on tilastollinen riippuvuus. Arvojen samansuuntainen kasvu näkyy lukuarvon positiivisuudessa. Negatiivinen korrelaatio tarkoittaa, että arvot vähenevät samansuuntaisesti. (Vilkkä 2007:130.)

Tutkimusaineiston analyysi perustui Reimanin määrittämiin turvallisuuskulttuurin organisatoristen ja psykologisten ulottuvuuksien teemoihin (taulukko 1). Vaikeasti mitattavia ilmiöitä, kuten esimerkiksi ihmisten asenteita, on tapana mitata sarjalla kysymyksiä, joiden toivotaan yhdessä antavan ilmiöstä monipuolisen ja luotettavan kuvan. TUKU-hankkeen yhteydessä Pietikäinen on omassa gradutyössään tarkastellut faktori-analyysin avulla kyselyn muuttujien latauksia ja pyrkinyt löytämään samaa asiaa mittaavat osiot. Kun tiedetään etukäteen teoreettisesti, mitkä kysymykset mittaavat mitäkin käsitettä, voidaan osioista laskea keskiarvosummapistemäärät. Tässä opinnäytetyössä käytettiin Pietikäisen tuottamaa faktorien sisällöllistä tulkintaa eli hänen luomaansa mittausmallia (liite 3). Tähän opinnäytetyöhön ei sisällytetty tarkastelua siitä, mittaavatko summamuuttujan osiot samaa asiaa. Analyysin alkuvaiheessa haluttiin kuitenkin varmistua mittarin luotettavuudesta tarkastelemalla summamuuttujien osioiden välisiä korrelaatioita.

Henkilöstökyselyn avoimen kysymyksen aineistoa analysoitiin laadullisesti. Kvantitatiivinen eli aineistolähtöinen sisällön analyysi kuvaa tutkittavien merkitysmaailmaa ja tavoitteena on tutkittavien ajatustapojen ymmärtäminen ja uudistaminen. Kvalitatiivisen analyysin painopiste on aineistoon tallentuneiden merkitysten luokittelussa laadullisen tutkimusotteen mukaisesti (Vilkka 2005:139–141). Avoimen kysymyksen vastausten analyysillä pyrittiin saamaan esiin vastaajien näkemyksmaailmaa potilasturvallisuuskulttuurista ja sen riskeistä. Tarkastelun kohteena olivat vastaukset kokonaisuutena. Henkilöstökyselyn avoimen kysymyksen vastauksista eroteltiin lauseet, joissa vastaajat määrittivät potilasturvallisuuskulttuurin sisältöä ja lauseet, joissa vastaajat toivat esiin havaitsemiaan potilasturvallisuusriskejä. Aineiston kvantifioimiseen ei lähdetty, joskin aineiston alkuvaiheen tarkastelussa huomiota kiinnitettiin siihen, mitkä riskitekijät nousivat vastauksissa yleisimmin esiin.

Avoimen kysymyksen vastaukset antoivat näytteen vastaajien näkemyksestä. Potilasturvallisuuskulttuurin sisältöä kuvaavia ilmaisuja verrattiin potilas- ja lääkehoidon turvallisuussanaston (2006:6) mukaiseen potilasturvallisuus -käsitteen sisältöön ja toisaalta laajempaan organisaatioiden kokonaisturvallisuuden sisältöön. Potilasturvallisuusriskejä esiin tuoneet lauseet pelkistettiin eli aineistosta karsittiin tutkimustehtävän kannalta epäolennainen informaatio. Aineiston pilkkomisen ja tiivistämisen jälkeen aineisto ryhmiteltiin lauseiden sisältämien ajatuskokonaisuuksien mukaisesti. Aineiston alustavassa analyysissä ryhmistä laajimmat nimettiin ja tätä ryhmittelyä hyödynnettiin potilasturvallisuustyöpajan suunnittelussa. Lauseiden ajatuskokonaisuudet ryhmiteltiin tähän raporttiin käyttäen WHO:n potilasturvallisuustyöpajaoppaassa olevaa luokitusta (WHO 2010:23).

6 Potilasturvallisuuskulttuurin kehittäminen Espoon sairaalassa

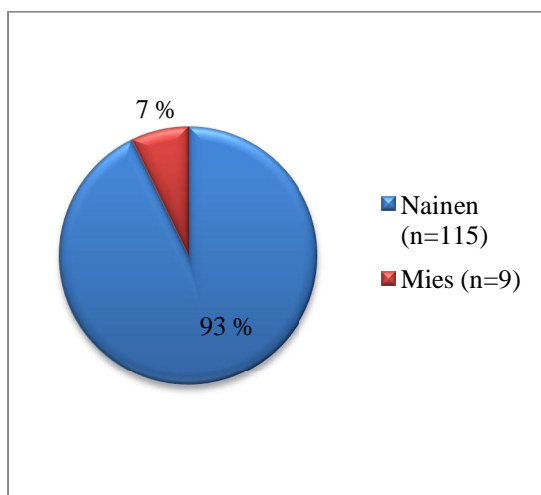
6.1 Potilasturvallisuuskulttuurin kartoitus henkilöstökyselyllä

Tässä luvussa tarkastellaan henkilöstökyselyn taustamuuttujia ja Espoon sairaalan potilasturvallisuuskyselyyn vastanneiden käsityksiä potilasturvallisuuskulttuurin organisatorisista ja psykologisista ulottuvuuksista. Kyselyn avoimen kysymyksen aineistoa on käsitelty tarkemmin kappaleen 7.3 (tutkimustulosten tarkastelu) alussa.

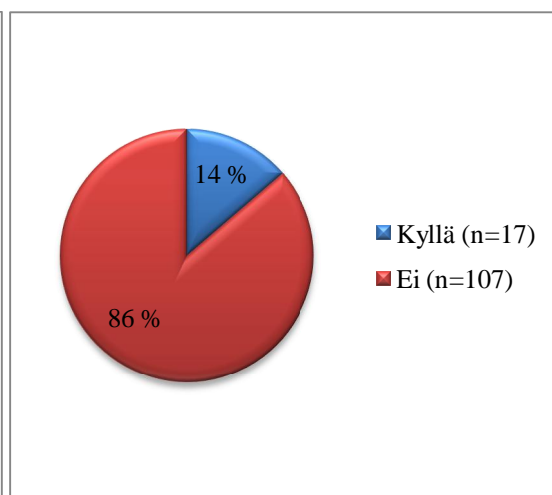
6.1.1 Taustamuuttujien tarkastelu

Turvallisuuskulttuurikyselyyn pyydettiin vastausta niiltä Espoon sairaalan organisaatioon virallisesti kuuluvilta työntekijöiltä, jotka olivat työskennelleet organisaatiossa kyselyn vastausajankohdan alkaessa noin puoli vuotta tai pidempään. Henkilöstöyksiköstä saadun tiedon mukaan Espoon sairaalan kokonaisvakanssimäärä tammikuussa 2010 oli 342. Lyhytaikaisten sijaisten täyttämien vakanssien määrää ei ollut saatavissa. Vastausprosentin laskennassa on näin ollen käytetty kokonaisvakanssimäärää perusjoukko-
na, $N=342$. Kyselyn vastausprosentiksi muodostui 36 % ($n=124/342$).

Kyselylomakkeen kuusi ensimmäistä kysymystä koskivat vastaajien taustatietoja. Suurin osa vastaajista, 93 % oli naisia ($n=115$) miesten osuuden ollessa 7 % ($n=9$). (Kuvio 5). Vastaajista 14 % ($n=17$) työskenteli esimiestehtävissä (kuvio 6).

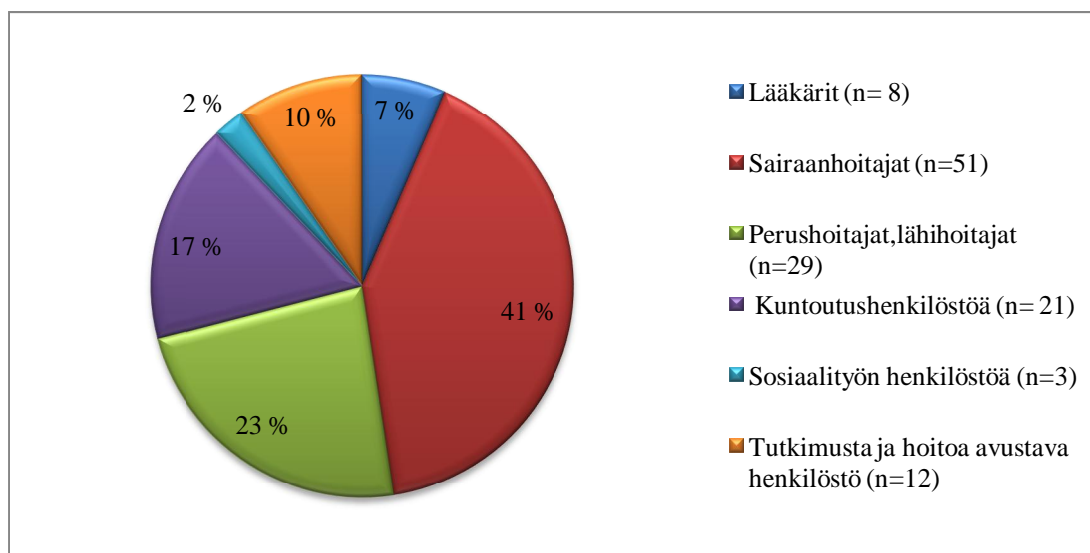


KUVIO 5. Vastaajien sukupuoli



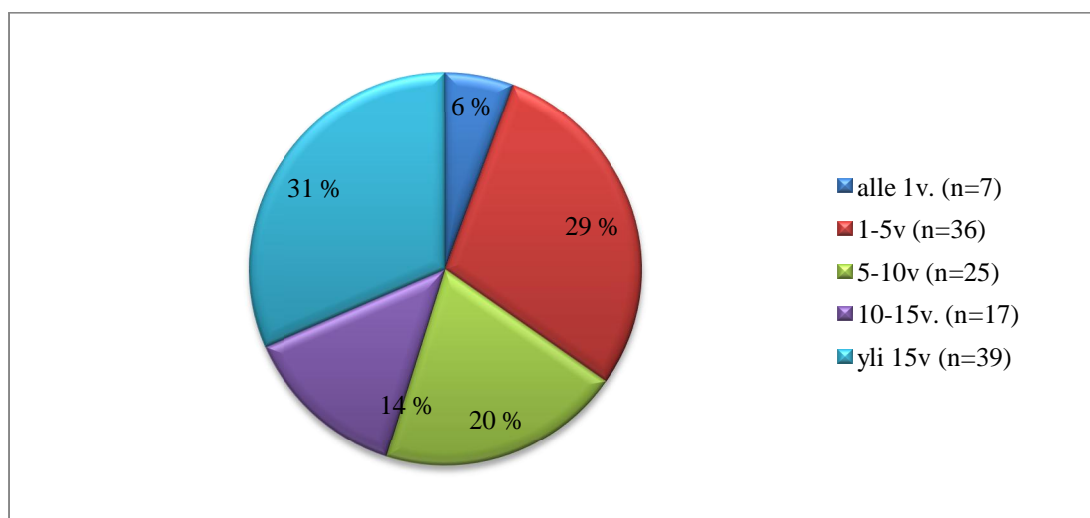
KUVIO 6. Esimiestehtävissä toiminen

Vastaajista sairaanhoitajia oli 41 % ($n=51$) ja perus- tai lähihoitajia 23 % ($n=29$), yhdenmukaisuustarkistuksen jälkeen nämä ryhmät yhdistettiin hoitohenkilökuntaryhmäksi 64 % ($n=80$). Kuntoutushenkilöstön 17 % ($n=21$), sosiaalityön henkilöstön 2 % ($n=3$) ja tutkimusta ja hoitoa avustava henkilöstön 10 % ($n=12$) tuottama aineisto yhdistettiin muu henkilökunta-ryhmäksi. Muu henkilökuntaryhmään kuului näin 29 % ($n=36$) vastaajista. Lääkäreiden 7 % ($n=8$) vastauksia tarkasteltiin omana ryhmänä (kuvio 7). Vaikka lääkäreiden määrä oli suhteessa muihin ryhmiin pieni, edustaa se kuitenkin 47 % Espoon sairaalan lääkäreistä.



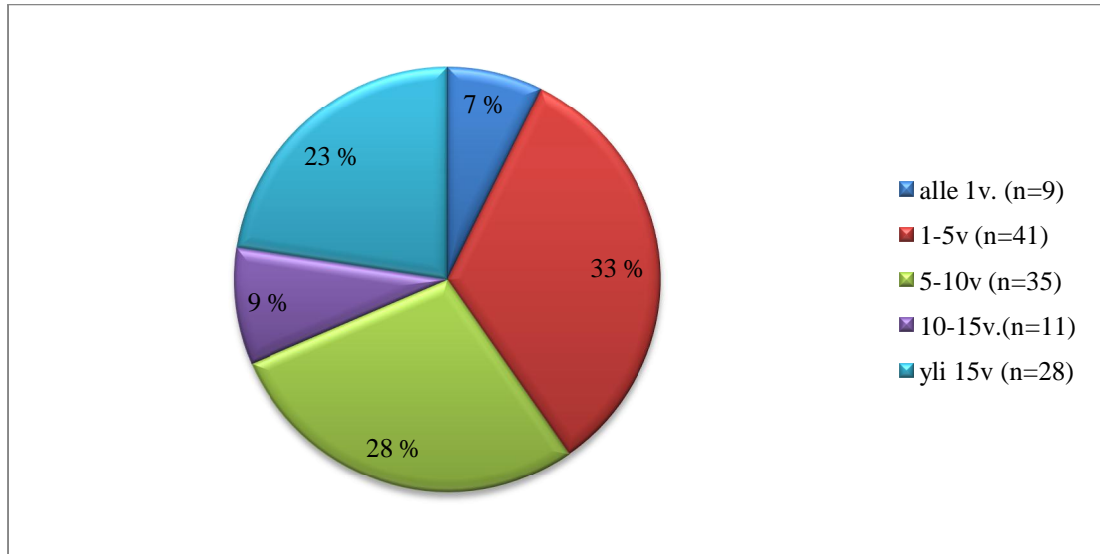
KUVIO 7. Vastaajat henkilöstöryhmittäin

Vastaajat olivat työskennelleet samankaltaisissa tehtävissä keskimäärin 10,8 vuotta. Vastaajien työskentelyaika vaihteli neljän kuukauden ja 35 vuoden välillä. Vastaajista oli vain 6 % (n= 7) alle vuoden työkokemuksen omaavia (kuvio 8).



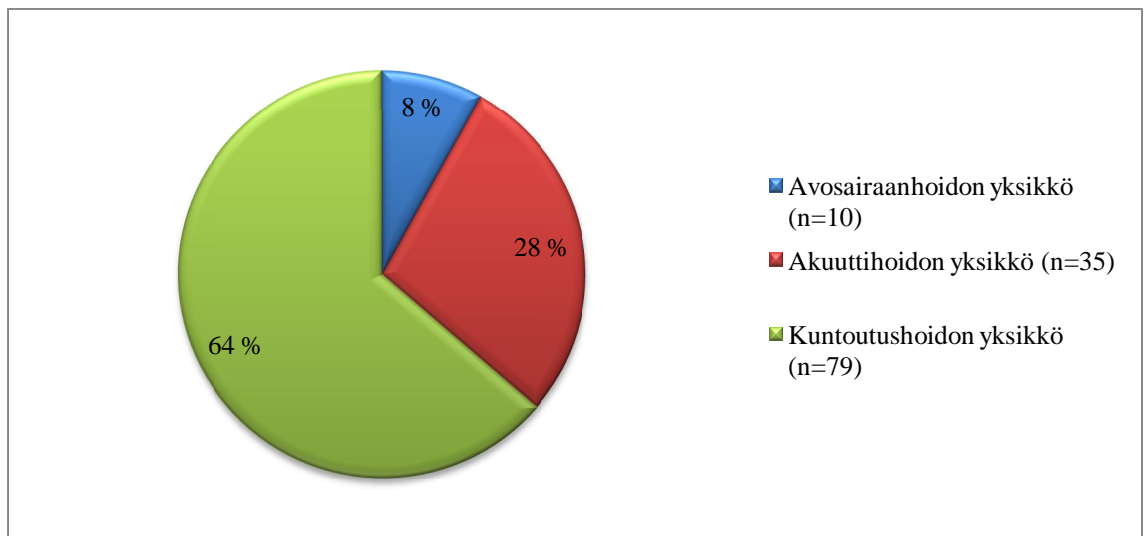
KUVIO 8. Vastaajien työkokemus nykyistä työtehtävää vastaavissa työtehtävissä

Vastaajat olivat työskennelleet Espoon sairaalassa (sairaalan organisaatio- ja nimimuutokset pyydettiin sivuuttamaan) keskimäärin 8,9 vuotta. Vastaajien työskentelyaika vaihteli neljän kuukauden ja 30 vuoden välillä. 54 vastaajalla työkokemus oli karttunut täysin Espoon sairaalassa, heidän työkokemuksensa oli keskimäärin 7,8 vuotta. Hoitohenkilöstö oli työskennellyt sairaalassa keskimäärin 10 vuotta. Työskentelyaika oli muulla henkilöstöllä ja lääkäreillä keskimäärin 6 vuotta. Vastaajista enemmistöllä, 33 % (n= 41) työkokemusta oli 1-5 vuotta Espoon sairaalassa, mutta toisaalta vastaajista miltei neljännes oli työskennellyt Espoon sairaalassa yli 15 vuotta (n=28) (kuvio 9).



KUVIO 9. Vastaajien työkokemus Espoon sairaalassa

Vastaajien työyksikköjakauma noudatteli Espoon sairaalan työyksikköjen henkilöstömääriä. Vastaajista 8 % (n=10) työskentelee avosairaanhoidon yksiköissä, 28 % (n=35) akuuttihoiton yksiköissä ja 64 % (n=79) kuntoutushoidon yksiköissä (kuvio 10).



KUVIO 10. Vastaajien työskentely-yksikkö

6.1.2 Espoon sairaalan potilasturvallisuuskulttuuri organisatoristen ulottuvuuksien tarkastelun pohjalta

Taulukossa 3 kuvataan turvallisuuskulttuurin organisatoristen ulottuvuuksien summamuuttujien tunnusluvut. Liitteessä 3 on nähtävillä kyselyyn liittynyt VTT:ltä saatu mitausmalli. Kyselyn väittämistä muodostettujen summamuuttujien saamat keskiarvosummamuuttujat kuvataan graafisesti kuviossa 11., missä mukana on näkökulmaa laajentamassa myös eri henkilöstöryhmien saamat keskiarvosummamuuttujat. Summamuuttujien tarkemmat kuvailutiedot ovat liitteessä 4. Taulukoissa 4, 5 ja 7 tarkastellaan yksittäisiä organisatorisen ulottuvuuden summamuuttujia. Taulukoissa 6, 8, 9, 10 ja 11 tarkastellaan taustamuuttujan mukaan tilastollisesti merkitsevästi eroavia summamuuttujien väittämiä.

TAULUKKO 3. Organisatoristen ulottuvuuksien tunnusluvut; keskiarvo (ka), Mediaani (Md), Keskihajonta (Kh), Vinous ja Huipukkuus (n= 124)

Organisatoriset ulottuvuudet	Ka	Md	Kh	Vinous	Huipukkuus
Johtamisjärjestelmä	3.63	3.67	0.84	0.45	- 0.08
Johtaminen ja esimiestoiminta	3.61	3.67	0.86	0.16	0.12
Tiedonkulun hallinta	3.72	3.75	0.74	- 0.31	0.17
Yhteistyön hallinta	3.88	4.00	0.71	0.00	0.28
Organisatorisen oppimisen varmistaminen	3.73	3.75	0.95	0.02	- 0.51
Osaamisen varmistaminen ja koulutus	3.88	4.00	0.89	0.22	- 0.31
Resurssien hallinta	3.35	3.4	0.84	0.00	- 0.22
Muutoksen hallinta	3.04	3.00	1.15	0.57	0.32
Ulkopuoliset toimijat	3.40	3.50	0.73	0.12	1.12

Organisatorisen ulottuvuuden summamuuttujista alhaisimmat summamuuttujakeskiarvot ovat muutosten hallinnan (taulukko 4), resurssien hallinnan (taulukko 5) ja ulkopuoliset toimijat -summamuuttujissa (taulukko 7). Muutosten suunnittelun ja toteutuksen lääkärit arvioivat toteutuvan (3.50) hieman paremmin kuin muut henkilöstöryhmät. Vastaajista hoitohenkilöstön näkemykset muutoksen hallinnasta olivat kriittisimmät (ka 2.95) (kuvio 11). Yhteistyön hallinta ja osaamisen varmistaminen ja koulutus näyttäytyy kyselyn tulosten perusteella turvallisuuskulttuurin vahvuutena.

TAULUKKO 4. Muutosten hallinta summamuuttuja (n=124)

Muutoksen hallinta	Ka	Md	Kh	Vinous	Huipukkuus
Kun sairaalassamme tehdään muutoksia, ne suunnitellaan ja toteutetaan hyvin	3.04	3.00	1.15	0.57	0.32

Resurssien hallinnan summamuuttujan väittämistä riittävään henkilökuntamäärään liittyvää väittämää pidettiin heikoimmin paikkansapitävänä, keskiarvona 2.59 (taulukko 5). Kuten muutosten hallinnan summamuuttujassa myös tässä summamuuttujassa lääkärit arvioivat väittämien pitävän paikkansa keskimäärin hieman paremmin (3.73) ja hoitohenkilöstön näkemykset olivat kriittisimmät (3.26) (kuvio 11).

TAULUKKO 5. Resurssien hallinta summamuuttuja (n= 124)

Resurssien hallinta	Ka	Md	Kh	Vinous	Huipukkuus
Meillä on riittävästi henkilökuntaa työmäärästä selviytymiseksi	2.59	2.00	1.25	0.67	- 0.18
Työvuorojen suunnittelussa huomioidaan potilasturvallisuus	3.68	4.00	1.23	- 0.27	- 0.53
Emme työskentele kriisitilassa	3.64	4.00	1.43	- 0.15	- 0.88
Meillä on käytössämme oikeanlaiset välineet potilaiden hyvän hoidon takaamiseksi	3.81	4.00	1.17	- 0.26	- 0.53
Meillä on käytössämme oikeanlaiset työtilat potilaiden hyvän hoidon takaamiseksi	3.05	3.00	1.22	0.15	- 0.85

Esimiesten näkemykset ovat resurssien hallinnan summamuuttujan työvuorosuunnitteluun liittyvän ja työskentely kriisitilassa väittämien osalta tilastollisesti merkitsevästi positiivisemmat verrattuna ei esimiehinä toimivien näkemyksiin (taulukko 6).

TAULUKKO 6. Esimiestehtävät organisatoristen ulottuvuuksien selittävänä muuttujana resurssien hallinta summamuuttujan väittämässä; tilastollisesti melkein merkitsevät riippuvuudet ($p < .05$) ja väittämien saamat keskiarvot

Väittämä	Esimies (n=17)	Ei esimies (n=107)	R	p-arvo
Työvuorojen suunnittelussa huomioidaan potilasturvallisuus	4.35	3.57	- 0.220	0.014
Emme työskentele "kriisitilassa"	4.41	3.51	0.217	0.015

Ulkopuolisten toimijoiden määrään, pätevyyteen, yhteistyöhön ja toimijoiden kanssa tapahtuvaan tiedonkulkuun liittyvien väittämien paikkansapitävyys arvioitiin summamuuttujista kolmanneksi alhaisimmaksi. Vuokratyövoiman määrään ja tiedonkulkuun liittyvät väittämät arvioitiin summamuuttujan saamaa keskiarvoa heikommin toteutuvana (taulukko 7). Eri henkilöstöryhmien näkemykset olivat sangen samansuuntaisia

(kuvio 11), mutta tilastollisesti merkitsevä ero oli havaittavissa tarkasteltaessa väittämien saamia keskiarvoja työskentely-yksiköittäin (taulukko 8).

TAULUKKO 7. Ulkopuoliset toimijat summamuuttuja (n=124)

Ulkopuoliset toimijat	Ka	Md	Kh	Vinous	Huipukkuus
Vuokratyövoimaa työskentelee sairaalassamme sopivasti	3.20	3.00	1.33	0.10	– 0.69
Toisen organisaation palveluksessa olevat työntekijät (esim. keikkalääkärit ja muut vuokratyöntekijät, ulkoistetut tukipalvelut), jotka työskentelevät sairaalassamme, ovat päteviä	3.50	3.00	1.03	0.05	– 0.77
Tiedonkulussa sairaalan omien työntekijöiden ja muiden organisaation palveluksessa olevien työntekijöiden välillä ei ole ongelmia	3.20	3	1.33	– 0.01	– 0.76
Yhteistyö sairaalan oman henkilökunnan ja muiden organisaatioiden palveluksessa olevien työntekijöiden (esim. vuokratyövoima, ulkoistetut tukipalvelut) välillä on toimivaa	3.49	3.00	1.00	0.27	– 0.63

Kuntoutushoidon yksiköiden vastaajat arvioivat ulkopuoliset toimijat muuttujan yhteistyön toimivuutta arvioivaan väittämän paikkansapitävyyden huomattavasti heikommaksi (3.30) kuin akuuttihoidon yksiköiden vastaajat (3.69). Positiivisin näkemys yhteistyön toimivuudesta on avosairaanhoidon yksiköiden vastaajilla (4.30). Samanlainen järjestys on vastauksissa havaittavissa myös vuokratyövoiman määrää peilaavan väittämän vastauksissa (taulukko 8).

TAULUKKO 8. Työskentely-yksikkö organisatoristen ulottuvuuksien selittävänä muuttujana ulkopuoliset toimijat summamuuttujan väittämässä; tilastollisesti melkein merkitsevä ($p < .05$) ja erittäin merkitsevä ($p < .001$) riippuvuus ja väittämien saamat keskiarvot

Väittämä	Avosair. hoidon yksikkö (n=10)	Akuutti- hoidon yksikkö (n= 35)	Kuntou- tushoidon yksikkö (n= 79)	R	p-arvo
Sairaalassamme työskentelee sopivasti vuokratyövoimaa (esim. keikkalääkärit) tai muita toisen organisaation palveluksessa olevia työntekijöitä (esim. ulkoistetut tukipalvelut)	3.80	3.43	3.03	0.190	0.035
Yhteistyö sairaalan oman henkilökunnan ja muiden organisaatioiden palveluksessa olevien työntekijöiden (esim. vuokratyövoima, ulkoistetut tukipalvelut) välillä on toimivaa.	4.30	3.69	3.30	– 0.291	0.001

Esimiesten näkemykset olivat merkitsevästi positiivisemmat resurssien hallintaan liittyvien osioiden lisäksi myös summamuuttujiin yhteistyön hallinta, organisatorisen oppimisen varmistaminen ja osaamisen varmistaminen ja koulutus liittyvissä taulukossa 9 esitettyjen väittämien osalta.

TAULUKKO 9. Esimiestehtävät organisatoristen ulottuvuuksien selittävänä muuttujana, tilastollisesti melkein merkitsevät ($p < .05$) ja merkitsevät ($p < .01$) riippuvuudet sekä väittämien saamat keskiarvot

Väittämä	Esimies (n=17)	Ei esimies (n=107)	R	p-arvo
Sairaalan yksiköt työskentelevät hyvin yhdessä tarjotakseen parasta hoitoa potilaalle	4.29	3.67	- 0.181	0.044
Kehitämme aktiivisesti toimintaamme parantaaksemme potilasturvallisuutta sairaalassamme	4.59	3.78	- 0.240	0.007
Harjoittelijoita ja/tai uusia työntekijöitä valvotaan ja ohjataan riittävästi sairaalassamme	4.29	3.64	- 0.188	0.037
Sairaalassamme työntekijöillä on mahdollisuus kouluttautua ja kehittää ammattitaitoaan työn ohella	4.59	3.93	- 0.179	0.047

Työskentely-yksikön suhteen oli aineistossa havaittavissa tilastollisesti merkitseviä riippuvuuksia muidenkin kuin ulkopuoliset toimijat muuttujan väittämissä (taulukko 10). Kaiken kaikkiaan akuuttihoiton yksiköiden ja kuntoutushoidon yksiköiden vastaajien mielipiteet vastasivat enemmän toisiaan kuin avosairaanhoidon yksikön vastaajien mielipiteet. Avosairaanhoidon yksikön vastaajat pitivät esitettyjä väittämiä yleisesti ottaen enemmän paikkansapitävinä (keskiarvot korkeammat). Avosairaanhoidon yksikön vastauksissa alhaisimman keskiarvon (2.90) sai "Kun potilaat siirtyvät yksiköstä toiseen, on joitakin asioita, joista kumpikaan yksikkö ei oikein huolehdi" -väittämä, käänteisenä tämän väittämän keskiarvoksi tuli 4.10. Akuuttihoiton yksiköiden ja kuntoutusyksiköiden taulukossa 10 olevista vastauksista alhaisimmat keskiarvot (2.72/2.38) sai " Meillä on riittävästi henkilökuntaa työmäärästä selviytymiseksi" -väittämä.

Vastausten keskiarvoissa henkilökunnan riittävyys ja se, miten työvuorojen suunnittelussa huomioidaan potilasturvallisuus poikkeavat eniten avosairaanhoidon ja kahden muun yksikön vastauksissa. Kuntoutushoidon yksiköiden vastaajat arvioivat yhteistyön toimivuuden merkitsevästi heikommaksi sairaalan oman henkilökunnan ja muiden organisaatioiden palveluksessa olevien työntekijöiden välillä, vastausten keskiarvo jäädessä 3.99. Avosairaanhoidon yksikön vastaajien näkemys yhteistyöstä saa keskiarvon 4.90.

TAULUKKO 10. Työskentely-yksikkö organisatoristen ulottuvuuksien selittävänä muuttujana; tilastollisesti melkein merkitsevät ($p < .05$) ja merkitsevät ($p < .01$) riippuvuudet sekä väittämien saamat keskiarvot

Väittämä	Avosair. hoidon yksikkö (n=10)	Akuutti- hoidon yksikkö (n= 35)	Kuntou- tushoidon yksikkö (n= 79)	R	p-arvo
Sairaalan tiedonkulun ratkaisut (esim. tietojärjestelmät, palaverikäytännöt) edistävät potilasturvallisuutta	4.20	4.46	3.80	- 0.211	0.018
Päivittäinen yhteistyö sairaalassamme sujuu hyvin	4.60	4.31	3.90	- 0.248	0.005
Kun potilaat siirtyvät yksiköstä toiseen, on joitakin asioita, joista kumpikaan yksikkö ei oikein huolehdi	2.90	3.11	3.52	0.180	0.045
Eri ammattiryhmien välinen yhteistyö on sujuvaa	4.90	4.26	3.99	- 0.249	0.005
Sairaalassamme työntekijöillä on tarvittavat tiedot ja taidot, jotta työ voidaan tehdä hyvin	4.70	4.11	3.75	- 0.261	0.003
Sairaalassamme huolehditaan siitä, että potilaiden hoitoon on käytettävissä tarkoituksenmukaista osaamista	4.40	4.09	3.70	- 0.223	0.013
Harjoittelijoita ja/tai uusia työntekijöitä valvotaan ja ohjataan riittävästi sairaalassamme	4.20	3.97	3.56	- 0.189	0.035
Meillä on riittävästi henkilökuntaa työmaaramasta selviytymiseksi	3.70	2.74	2.38	- 0.280	0.002
Työvuorojen suunnittelussa huomioidaan potilasturvallisuus	4.70	3.80	3.49	- 0.256	0.004

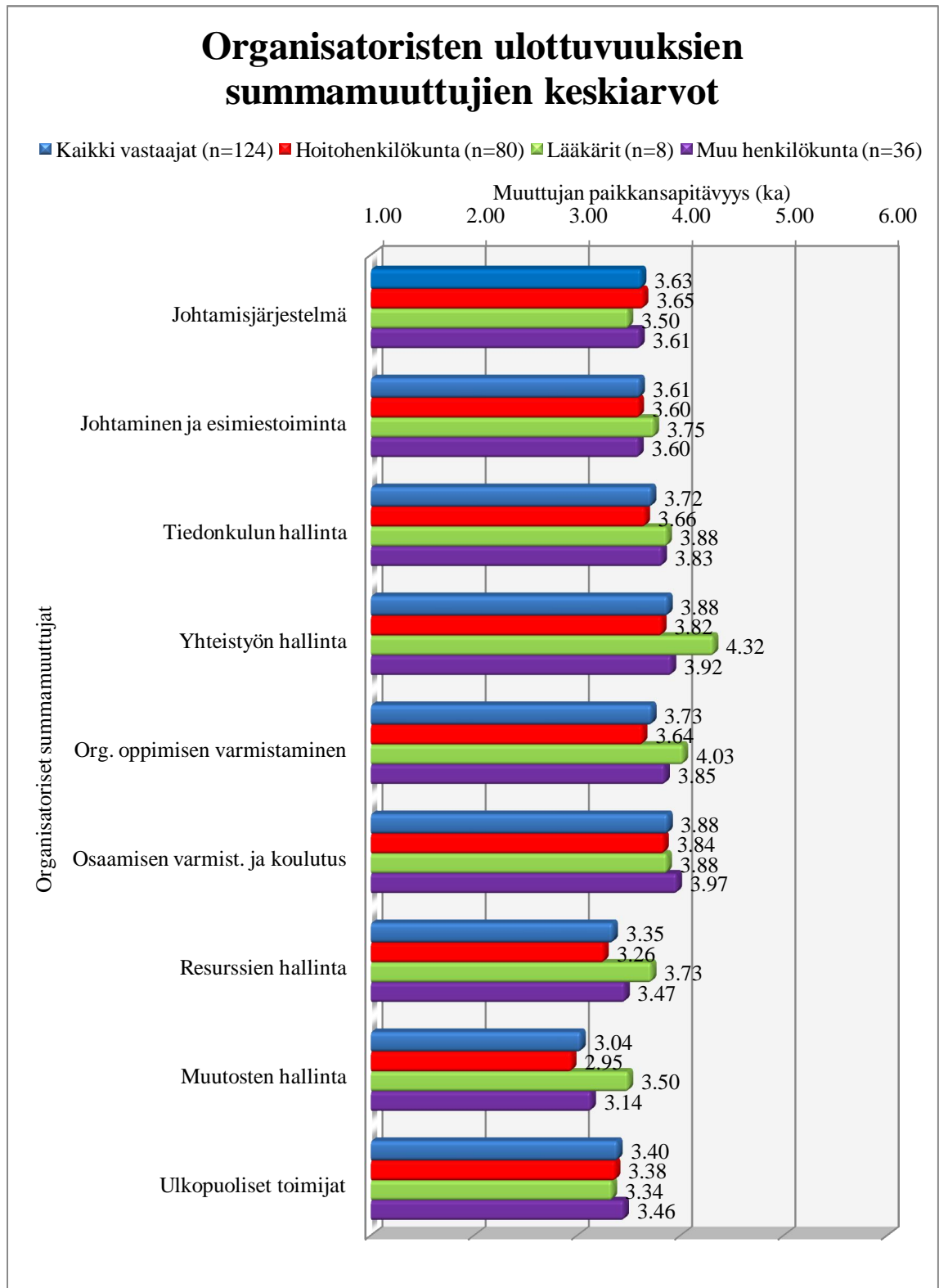
Organisatoristen ulottuvuuksien summamuuttujista vastaajan sukupuoli korreloi tilastollisesti merkitsevästi ainoastaan johtaminen ja esimiestoimintamuuttujan yhdessä väittämässä. Potilasturvallisuuteen liittyviä asioita tuodaan esiin sairaalan sisäisessä viestinnässä naisten vastauksien mukaan keskimäärin paremmin (3.66) kuin miespuolisten vastaajien (2.89) mielestä (taulukko 11).

TAULUKKO 11. Vastaajan sukupuoli johtaminen ja esimiestoimintamuuttujassa; tilastollisesti melkein merkitsevä riippuvuus ($p < .05$) ja väittämän saamat keskiarvot

Väittämä	Nainen (n=115)	Mies (n=9)	R	p-arvo
Potilasturvallisuuteen liittyviä asioita tuodaan esiin sairaalan sisäisessä viestinnässä	3.66	2.89	- 0.192	0.033

Kuviossa 11 esitetään graafisena kuviona taulukossa 3 esitetyt organisatoristen ulottuvuuksien summamuuttujien keskiarvot. Kuviossa on vertailtavissa muodostettujen henkilöstöryhmien summamuuttujien keskiarvot. Lääkärit arvioivat yhteistyön hallinnan summamuuttujan väittämät paremmin paikkansapitäväksi (ka 4.33) kuin muiden henkilöstöryhmien edustajat. Yhteistyön hallinnan summamuuttujan väittämissä kysyttiin vastaajien näkemyksiä päivittäisen yhteistyön ja eri ammattiryhmien väliseen sujumi-

seen, eri ammattiryhmien näkemysten huomioimiseen ja siihen, miten sairaalan eri yksiköt työskentelevät yhdessä potilaan parhaaksi (liite 4). Lääkärien vastauksissa arvioitiin väittämien paikkansapitävyyttä keskimääräistä heikommaksi johtamisjärjestelmän ja ulkopuolisten toimijoiden summamuuttujissa.



KUVIO 11. Potilasturvallisuuskulttuurikyselyn organisatoristen ulottuvuuksien summamuuttujien keskiarvot (kaikki vastaajat ja henkilöstöryhmittäin)

6.1.3 Espoon sairaalan potilasturvallisuuskulttuuri psykologisten ulottuvuuksien tarkastelun pohjalta

Taulukossa 12 kuvataan turvallisuuskulttuurin psykologisiin ulottuvuuksiin liittyvät kyselyväittämistä muodostetut summamuuttujat. Liitteessä 3 on nähtävillä kyselyyn liittynyt VTT:ltä saatu mittausmalli. Kyselyn väittämistä muodostettujen psykologisten summamuuttujien saamat keskiarvosummamuuttujat kuvataan graafisesti kuviossa 12., missä mukana on näkökulmaa laajentamassa myös eri henkilöstöryhmien saamat keskiarvosummamuuttujat. Kontrollimuuttujat kuvataan vastaavalla tavalla graafisesti kuviossa 13. Summamuuttujien tarkemmat kuvailutiedot ovat liitteessä 4. Taulukossa 13 tarkastellaan yksittäistä psykologisten ulottuvuuksien summamuuttujaa. Taulukoissa 14, 15 ja 16 tarkastellaan taustamuuttujan mukaan tilastollisesti merkitsevästi eroavia summamuuttujien väittämiä. Taulukossa 17 kuvataan kontrollimuuttujat.

Psykologisista ulottuvuuksista vastaajat arvioivat parhaiten paikkansapitäviksi työn koettun merkityksen ja turvallisuussuuntautuminen ja -asenne summamuuttujien väittämät (taulukko 12). Henkilökohtaisen vastuun tunne summamuuttujan keskiarvo saavutti myös muihin summamuuttujien saamiin arvoihin verrattuna korkean keskiarvon (4.87). Heikoimmin paikkansapitäväksi arvioitiin hallinnan tunne summamuuttujan väittämät (3.34).

TAULUKKO 12. Psykologiset ulottuvuudet, tunnusluvut (n=123)

Psykologiset ulottuvuudet	Ka	Md	Kh	Vinous	Huipukkuus
Hallinnan tunne	3.34	3.25	0.79	– 0.01	– 0.21
Henkilökohtaisen vastuun tunne	4.87	5.00	0.70	– 0.60	– 0.05
Turvallisuussuuntautuminen ja -asenne	5.09	5.20	0.69	– 0.78	0.60
Valppaus (mindfulness)	4.18	4.25	0.80	– 0.26	– 0.07
Työn koettu merkityksellisyys	5.36	5.00	0.74	– 1.31	2.85
Tieto odotuksista työsuoritusta kohtaan	4.70	5.00	0.97	– 0.55	– 0.20

Psykologisiin ulottuvuuksista Hallinnan tunne summamuuttujan väittämistä heikoimmin paikkansapitäväksi (2.70) arvioitiin (väittäjä käännetty) työn kiireettömyyttä peilaava väittäjä (taulukko 13). Hoitohenkilöstö arvioi tämän summamuuttujan keskimääräistä

heikommaksi (3.19), lääkäreiden vastauksissa summamuuttujan väittämät arvioitiin pitävän paikkansa keskimääräistä huomattavasti paremmin (3.84) (kuvio 12).

TAULUKKO 13. Hallinnan tunne summamuuttuja (n=123)

Hallinnan tunne	Ka	Md	Kh	Vinous	Huipukkuus
Ehdin aina tehdä työni huolellisesti	3.38	3.00	1.12	0.37	– 0.59
Pystyn hallitsemaan työtehtäviäni	4.25	4.00	1.01	– 0.38	– 0.32
Työni ei ole kokonaisuudessaan stressaavaa	3.02	3.00	1.19	– 0.02	– 0.64
En joudu usein kiirehtimään työssäni	2.70	3.00	1.20	0.40	– 0.55

Naiset kokevat vastauksien mukaan työnsä hyvin tärkeänä (5.35). Miesten vastausten keskiarvo erosi merkitsevästi, mutta heidänkin vastausten keskiarvo oli tässä väittämässä korkea (4.89) (taulukko 14).

Työssä kiirehtimiseen kantaa ottavassa väittämässä naisten mielestä väittämä piti paremmin paikkansa (4.33) kuin miesten (3.33). Summamuuttujaan käännettäessä väittämän keskiarvoksi muodostui naisilla (2.61) ja miehillä 3.67) (taulukko 14). Kaikissa henkilöstöryhmissä koetaan, että heidän tekemänsä työ on tärkeää.

TAULUKKO 14. Vastaajan sukupuoli psykologisten ulottuvuuksien selittävänä muuttujana, tilastollisesti melkein merkitsevät riippuvuudet ($p < .05$) ja väittämien saamat keskiarvot

Väittämä	Nainen (n=115)	Mies (n=9)	R	p-arvo
En joudu kiirehtimään työssäni	2.61	3.67	– 0.201	0.025
Koen, että työni on tärkeää	5.35	4.89	– 0.179	0.047

Lääkärit arvioivat henkilökohtaisen vastuun tunteen (5.63) keskimäärin korkeammaksi kuin hoitohenkilökunta tai muu henkilöstö (taulukko 15). Lääkärit arvioivat myös potilasturvallisuuteen liittyvien asioiden olevan keskeisiä heidän työssään (5.00), tämän väittämän vastauksissa henkilöstöryhmä oli tilastollisesti merkitsevä selittävä tekijä. Hoitohenkilökunta pyrkii hahmottamaan potilaiden hoitoon liittyviä vaaratekijöitä muita henkilöstöryhmiä enemmän.

TAULUKKO 15. Henkilöstöryhmä psykologisten ulottuvuuksien selittävänä muuttujana, tilastollisesti melkein merkitsevät ($p < .05$) ja merkitsevät ($p < .01$) riippuvuudet ja väittämien saamat keskiarvot

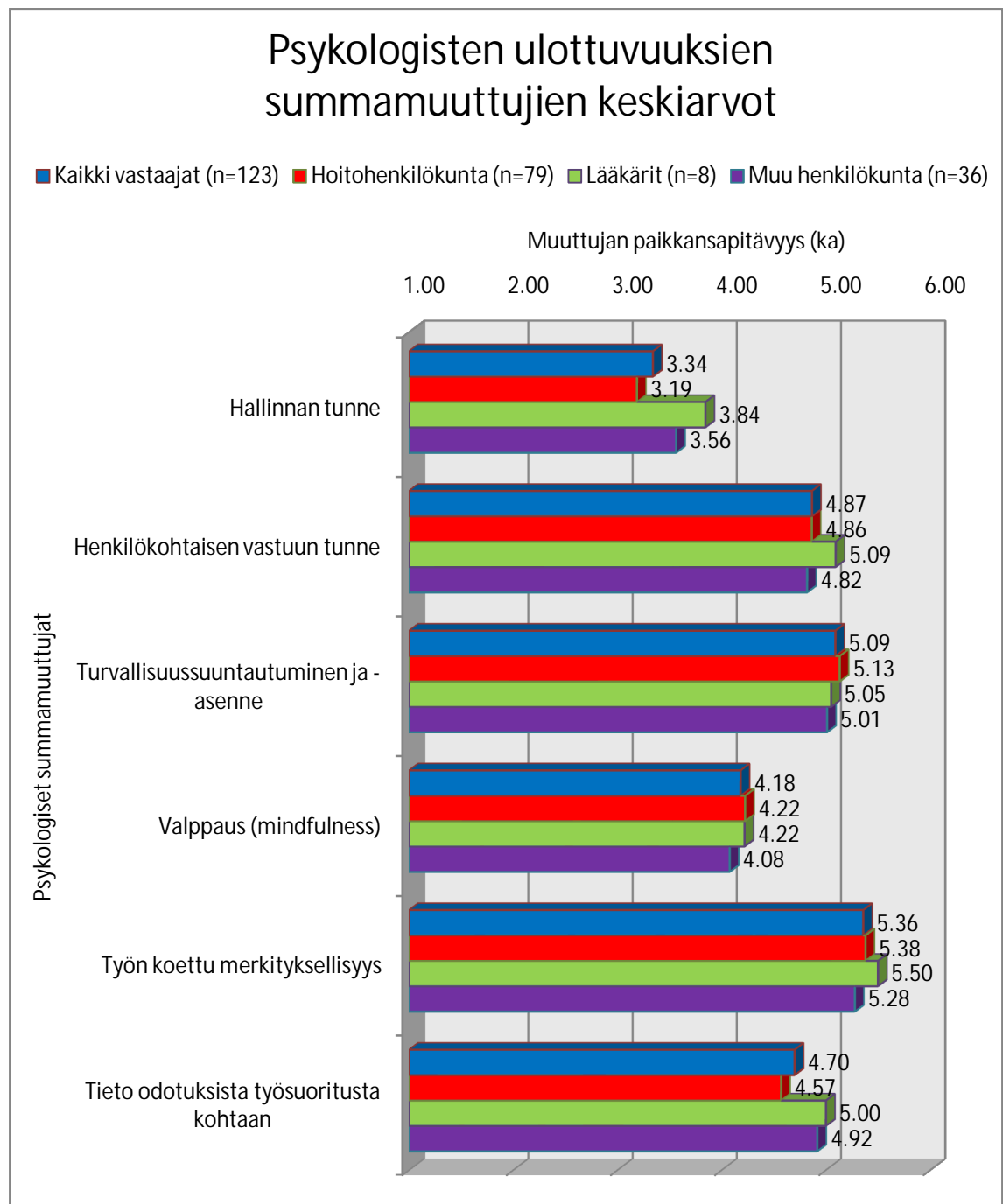
Väittämä	Lääkärit	Hoitohenkilökunta	Muu henkilökunta	R	p-arvo
Koen henkilökohtaista vastuuta	5.63	5.01	4.32	– 0.184	0.042

Väittäjä	Lääkärit	Hoito- henkilökunta	Muu henki- lökunta	R	p-arvo
sairaalan potilasturvallisuuden tasosta					
Potilasturvallisuuteen liittyvät asiat ovat työssäni keskeisiä	5.00	4.96	4.36	0.196	0.029
Pyrin aktiivisesti hahmottamaan potilaiden hoitoon liittyviä vaaratekijöitä	4.5	4.74	4.37	- 0.233	0.009

Kuntoutushoidon yksikön vastaajat arvioivat kantavansa vastuuta työtapojensa turvallisuusvaikutuksista tilastollisesti merkitsevästi paremmin (taulukko 16). Työn tavoitteiden selkeyttä kysyttäessä eri työskentely-yksiköissä työskentelevien vastaukset poikkesivat siten, että työnsä tavoitteet näki selkeimmäksi avosairaanhoidon yksikön työntekijät (5.30) ja alhaisimman arvion antoivat kuntoutushoidon yksiköiden vastaajat (4.52). Työn tavoitteiden selkeyttä kysyvä väittäjä muodosti muuttujan tieto odotuksista työsuoristusta kohtaan. Tämän muuttujan keskiarvo oli alhaisin hoitohenkilökunnan vastauksissa (4.57) ja korkein lääkäreiden vastauksissa (5.00) (kuvio 12).

TAULUKKO 16. Työskentely-yksikkö psykologisten ulottuvuuksien selittävänä muuttujana, tilastollisesti melkein merkitsevät riippuvuudet ($p < .05$) ja väittämän saamat keskiarvot

Väittäjä	Avosair. hoidon yksikkö (n=10)	Akuutti hoidon yksikkö (n= 35)	Kuntou- tushoidon yksikkö (n= 79)	R	p-arvo
Kannan vastuuta työtapojeni turvallisuusvaikutuksista	4.90	4.89	5.18	0.180	0.047
Työni tavoitteet ovat selkeät	5.30	4.80	4.52	- 0.203	0.024



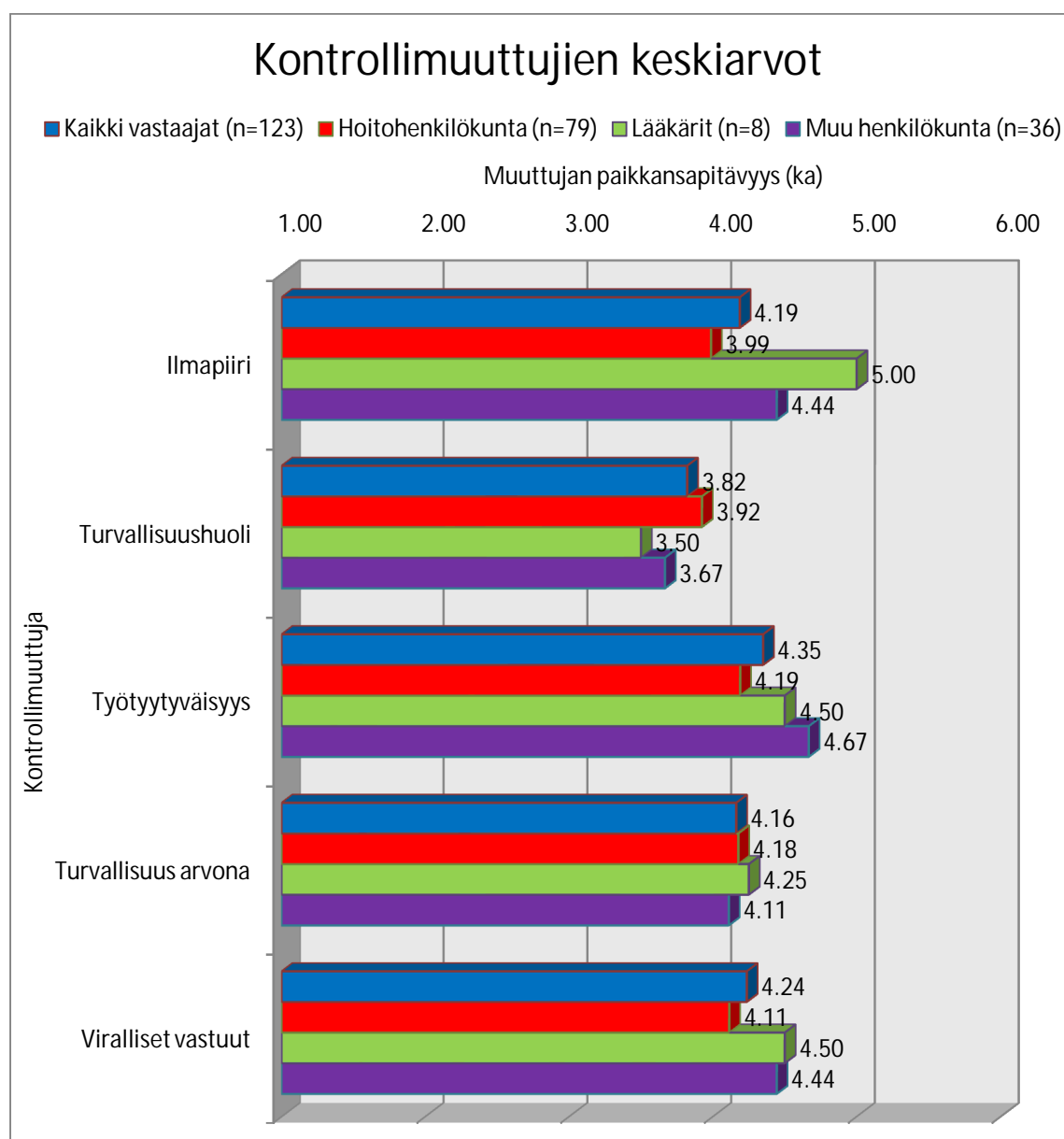
KUVIO 12. Potilasturvallisuuskulttuurikyselyn psykologisten ulottuvuuksien summamuuttujien keskiarvot (kaikki vastaajat (n=123) ja henkilöstöryhmittäin)

Kontrollimuuttujana olleet väittämät arvioitiin suhteellisen paikkansapitäväksi, keskiarvot sijoittuivat välille 4-5 (kuvio 17). Kontrollimuuttujista alhaisin keskiarvo on turvallisuushuolessa (taulukko 17). Väittämän vastausten perusteella sairaalan potilasturvallisuuden taso ei huolestuta henkilöstöä. Turvallisuushuolen keskiarvo oli korkein hoitohenkilökunnalla (3.92), matalin se oli lääkäreillä (3.50). Lääkärit arvioivat ilmapiirin (kuvio 13) huomattavasti paremmaksi (5.00) kuin hoitohenkilökunta (3.99), väittämän korrelaatio henkilöstöryhmien välillä ei noussut kuitenkaan tilastollisesti merkitseväksi. Kontrollimuuttujien saamat arvot sijoittuivat keskimäärin enemmän paikkansapitäväksi.

Kontrollimuuttujien väittämissä keskihajonta oli runsaampaa verrattuna psykologisten ulottuvuuksien muuttujiin annettuihin vastauksiin.

TAULUKKO 17. Kontrollimuuttujien tunnusluvut (n=123)

Kontrollimuuttujat	Ka	Md	Kh	Vinous	Huipukkuus
Ilmapiiri	4.19	4	1.03	– 0.57	– 0.34
Turvallisuushuoli	3.82	4	1.37	– 0.08	– 1.03
Työtyytyväisyys	4.35	4	0.97	– 0.37	– 0.32
Turvallisuus arvona	4.16	4	1.09	– 0.17	– 0.29
Viralliset vastuut	4.24	4	1.12	– 0.48	– 0.26



KUVIO 13. Potilasturvallisuuskyselyn kontrollimuuttujien keskiarvot (kaikki vastaajat ja henkilöstöryhmittäin)

6.2 Mallinnus osana potilasturvallisuuskulttuurin kartoitusta

Potilasturvallisuuskulttuurin kehittämisessä haluttiin vaiheessa 2 (kuvio 4) tarkentaa ja syventää kartoituksessa muodostunutta näkymää, ymmärtää todellisuutta. Mallinnuksessa hahmotettiin organisaation toiminnan reunaehdoja vuoropuhelussa kartoituskyselyyn vastanneiden kanssa. Mallinnuksen kohteiden määrittelyssä hyödynnettiin osin henkilöstökyselyn avoimen kysymyksen vastauksia (liite 5).

6.2.1 Mallinnuksen eteneminen

Kartoituksen toisen vaiheen (kuvio 4) mallinnus toteutettiin 27.10.2010 Liittyvä Voiman ja Espoon sairaalan yhteisesti järjestämässä potilasturvallisuustyöpajassa. Potilasturvallisuuspäivään osallistui 40 henkilöä, työpajatyöskentelyyn otti osaa 27 henkilöä. Työpajoissa oli mukana osallistujia kaikista Espoon sairaalan henkilöstöryhmistä ja työskentely-yksiköistä.

Työpajan valmistelu aloitettiin jo keväällä, jolloin haettiin kontakteja etsien potilasturvallisuusasian parissa toimivia puheenvuoron esittäjiksi. Konkreettisemmin työpajan ohjelmaa ryhdyttiin rakentamaan elokuussa 2010, jolloin Liittyvä Voima projektipäällikkö, projektityöntekijä sekä sairaalan ylihoitaja ja opinnäytetyön tekijä tapasivat. Työpajan teemojen valinnassa lähdettiin liikkeelle henkilöstökyselyn avoimen kysymyksen vastauksissa esille nousseista tunnistetuista riskitekijöistä. Työpajaan toivottiin organisaation taholta yhdeksi aihealueeksi lääkitysturvallisuus, sillä keväällä käyttöönotettuun HaiPro järjestelmään tehdyistä ilmoituksista ylivoimaisesti suurin osa käsittelee lääkitysturvallisuutta. Työpajaan käytettävissä oleva aika asetti omat rajoituksensa teemojen määrälle. Työpajan teemoiksi valikoitui lopulta yhteistyö/ yhteistyö potilaan kanssa, tiedonkulku ja lääkitysturvallisuus. Työpajassa käsiteltävien teemojen haluttiin olevan sellaisia, joista jokaisella työpajaan tulevalle olisi kokemuksia.

Työpaja oli avoin kaikille Espoon sairaalan työntekijöille, Liittyvä Voima hankkeessa toimiville ja hankkeessa mukana oleville opiskelijoille. Työpajan ohjelmassa (liite 6) oli kaksi asiantuntijapuheenvuoroa. Osallistujille esiteltiin potilasturvallisuuskyselyn tuloksista taustamuuttujien lisäksi organisatoristen ja psykologisten ulottuvuuksien tarkastelua (kuviot 11–13). Avoimen kysymyksen vastauksia ei esitetty tässä vaiheessa, jotta seminaarin työpajaan osallistujat voisivat käsitellä teema-alueita ilman ennakkokäsityksiä.

Seminaarin läsnäolijat jaettiin työpajatyöskentelyä varten kuuteen ryhmään (6-7 henkilöä/ ryhmä). Työpajatyöskentely toteutettiin käyttäen Kaoru Ishikawan kehittämää diagrammia, syy- ja seurauskaaviota (Cause & Effect diagram). Suomessa työkalu tunnetaan myös nimellä kalanruotokaavio (Fishbone diagram). Kalanruotokaavio on visuaalinen esitystapa tunnistaa keskeiset tai mahdolliset ongelmaan vaikuttavat syyt. Ns. ruodon päähän kirjataan ongelma ja keskeiset ongelman aiheuttajat tai syyt laitetaan selkäruodosta lähteviin haaroihin. (Outinen - Lempinen - Holma - Haverinen 1999: 139.) Nämä haarat nimettiin WHOn potilasturvallisuustyöpajaoppaan mukaisesti yksilöllisiin tekijöihin, potilaaseen liittyviin tekijöihin, tehtävään liittyviin tekijöihin, ohjauksen ja koulutukseen, tiimiin ja sosiaalisiin tekijöihin, työskentelyolosuhteisiin, laitteisiin ja resursseihin, kommunikaatioon sekä organisationaalsiin ja strategisiin tekijöihin (Patient Safety Workshop 2010).

Jokainen työryhmä sai työskentelyä varten ison paperiarkin. Arkkeihin oli valmiiksi piirretty ja nimetty kalanruodot (liite 7). Työpajatyöskentelyn alussa työryhmille esiteltiin työskentelyalusta ja annettiin ohjeet kalanruotokaavion synnyttämiseen. Työryhmien pyydettiin ensin keskustelemaan kymmenen minuuttia teemasta ryhmän valitseman puheenjohtajan vetämänä. Ryhmiä opastettiin sijoittamaan keskustelun pohjalta valittu ongelma kalanruodon päähän. Valmiin työskentelypohjan toivottiin toimivan työryhmille työskentelyä edistävänä tekijänä. Toinen saman teeman parissa työskentelevistä ryhmistä tarkasteli itse teemaa, toisen määrittellessä ongelma-alueen tarkemmin yksittäiseen arjen tilanteeseen.

Tämän jälkeen ryhmä mietti ongelmaan vaikuttavia asioita ja kirjasi ne Post It -lapuille. Apukysymyksinä ryhmää kehoitettiin käyttämään kysymyksiä; miksi tämä ongelma syntyy ja ketkä siihen vaikuttavat? Ryhmän toivottiin sijoittelevan syyt ja löydetyt keskeiset ongelman aiheuttajat selkäruodosta lähteviin haaroihin, mutta ongelmien hahmottaminen ja nimeäminen oli etusijalla. Työpajassa asiantuntijapuheenvuoron pitäneet henkilöt kiertelivät ryhmissä yhdessä Liittyvä Voima projektityöntekijän ja opinnäytetyön tekijän kanssa auttaen työskentelyn alkuun.

Työskentelyn yhteenvedoon oli varattu aikaa puolisen tuntia. Ryhmiä pyydettiin kertomaan yhteenvedossa ongelma ja ryhmän löytämistä syistä muutamia, ryhmän mielestä yllättävimmät tai muuten maininnan arvoiset tekijät. Tuotettujen kalanruotokaavioiden

sisältö ja yhteenvedossa suullisesti ilmaistut näkökulmat dokumentoitiin Espoon sairaalan jatkokäyttöä varten (liite 8).

6.2.2 Työpajatyöskentelyn tuotokset

Työpajatyöskentelyssä pajaan osallistuneet tuottivat visuaalisesti vastauksia ryhmässä aiheena olleiden teemaongelmien syntyyn ja hahmottivat näihin vaikuttavia tekijöitä. Liitteessä 8 on luettavissa työpajatuotokset työryhmittäin.

Potilasturvallisuuden vaikuttavina yksilöllisinä tekijöinä tunnistettiin kielitaidon ja kommunikaatiotaidon ohella unohtaminen, asenne ja työntekijän henkilökohtaiset ongelmat. Kommunikaatio-ongelmien todettiin aiheuttavan myös tulkintavirheitä. Potilaaseen liittyviä tekijöitä olivat työryhmien näkemyksen mukaan muun muassa potilaan sairaudesta tai hänen tilasta johtuvat haasteet, käytettävien ammattitermien ymmärtämisvaikeudet tai potilaan tietämättömyys hänen lääkitykseensä tehdyistä muutoksista. Yhteistyö potilaan ja hänen tukiverkoston kanssa ei aina onnistu. Lääkityksen osalta nousi esiin mahdollinen potilaan ali- tai yllälääkitys.

Tehtävään liittyvät tekijät tunnistettiin liittyvän yleisimmin lääkityksen toteuttamiseen ja lääkehoidon onnistumiseen kuten potilaan lääkkeen saannin varmistamiseen, lääkkeiden antotapojen hallintaan, lääkkeiden tarkistukseen ja tiedon välittymiseen potilaalle. Potilaan osastolle tullessa kirjallisen lääkelistan puuttuminen ja potilaan siirtyessä kotiin tai jatkohoitopaikkaan siirtotilanteen tehtäväkuvien epäselvyydet kuvattiin esimerkkeinä potilasturvallisuutta vaarantavista tilanteista. Espoon sairaalassa toimivien keikkatyöntekijöiden ilmaistiin ”ulkoistavan itsensä kirjaamisessa”.

Ohjaukseen ja koulutukseen liittyvinä tekijöinä tunnistettiin puutteellinen uusien työntekijöiden ja keikkatyöntekijöiden perehdytys, asiakastietojärjestelmän koulutus nostettiin erityisesti tärkeänä esiin. Tiimin ja sosiaalisten tekijöiden yhteyteen nimetyt asiat olivat moni-ilmeisiä, esiin nostettiin niin asenne-ongelmat kuin tiimityön puutteet ja epäselvyydet liittyen tehtävään ja työnjakoon sekä vastuihin. Edelleen joillakin potilaila on useita erilaisia lääkelistoja, eikä kaikilta potilailta löydy vielä asiakastietojärjestelmästä avoterveydenhuollon päivittämää lääkelistaa. Sosiaalsiin tekijöihin liittyen nostettiin esiin myös se, ettei aina uskalleta varmistaa asian paikkansapitävyyttä kollegalta tai yhteistyötaholta.

Työskentelyolosuhteiden ruotoon tunnistettiin useissa työryhmissä potilasturvallisuutta uhkaavina kiire, melu, kuormittavuus sekä levoton ja rauhaton työskentelytila. Yhdessä ryhmässä kuvattiin hoitajien kanslian olevan kuin rautatieasema. Yksiköiden kannettavien tietokoneiden tukiasema-ongelmat, toimintakäytännöt raportoinnissa ja kirjaamisessa luokiteltiin työryhmissä kuuluvaksi työskentelyolosuhteisiin. Tietokoneongelmat, sähkökatkot ja se, etteivät eri potilastietojärjestelmät kommunikoi keskenään tulivat esiin myös laitteet ja resurssit osiossa. Henkilökuntavajauksen kuvattiin vaikuttavan muun muassa tilanteissa, jolloin muistisaira potilaan pitäisi saada lääkkeensä suoraan suuhun asti, mutta osastolla ei ole tällaiseen resursseja.

Kommunikaatio oli nostettu WHOn oppaassa omaksi erilliseksi tekijäksi. Kommunikaatioon tunnistettuja tekijöitä tuli esiin myös yksilöllisissä tekijöissä. Ryhmät tunnistivat kielitaito-ongelmien vaikuttavan dokumentointiin ja tiedonsiirtoon sekä määräyksen perillemenoon, esimerkkinä nousi esiin toiminta vaativassa lääkemääräyksessä. Kulttuurierojen vaikutusta pohdittiin, samoin kuten ristiriitaisen viestinnän tilanteita.

Organisationaalisiksi ja strategisiksi tekijöiksi nostettiin esiin erikoissairaanhoidon ja Espoon sairaalan poikkeavat toimintamallit sekä organisaatioiden erilaiset järjestelmät. Asiakastietojärjestelmän kirjauksiin liittyen huomioita kiinnitettiin päällekkäiskirjauksiin ja epäselviin lääkärin määräyksiin sekä tilanteisiin, että jos asioita jätetty kirjaamatta, ovatko ne jätetty myös toteuttamatta. Mahdollisuus saada yhteys kotihoitoon viikonloppuisin tunnistettiin muistisaira potilaan lääkehoidon toteutusta pohtineessa ryhmässä riskitekijäksi.

Työryhmät tuottivat ryhmätyönsä ohessa myös muutamia potilasturvallisuutta edistäviä ehdotuksia. Tärkeänä pidettiin, että yhteistyö saadaan uuden työntekijän tai keikkatyöntekijän kanssa jo alussa toimivaksi, varmistetaan kaikkien puhuvan "samaa kieltä". Kommunikaation ja tiedonkulun varmistamista korostettiin, esimerkkinä nostettiin esiin lääkemääräysten läpikäynti vielä muissakin vuoroissa, mikä edesauttaisi siihen, että kaikki osallistuisivat lääkemääräysten toteuttamiseen. Lääkitysturvallisuutta ehdotettiin kohennettavan ottamalla käyttöön kaksoistarkistus, lisäksi keskustelu nostettiin tärkeäksi varmistuskeinoksi, tässä yhteydessä esimerkkinä käytettiin merkinnän paikkansapitävyyden varmistusta erikoisen lääkemääräyksen yhteydessä. Virheen tapahtuessa korostettiin kommunikaation ja avoimuuden merkitystä, jotta sama virhe ei toistuisi potilaalle. Tuotiin esiin tarvetta yhteisten toimintamallien kehittämiseen, yhteiseen avoimeen toimintakulttuuriin.

7 Pohdinta ja johtopäätökset

7.1 Tutkimuksen eettisyyden tarkastelua

Suomessa tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohjeet ovat keskeisin tutkimuseettinen ohjeisto. Hyvää tieteellistä käytäntöä on hyvien tieteellisten toimintatapojen eli rehellisyyden, huolellisuuden ja tarkkuuden noudattaminen. Tietolähteiden valinnassa on pyritty siihen, ettei se ohjaa tutkimustuloksia tai vinouta niitä. Hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu käyttää tieteellisesti ja eettisesti kestäviä tiedonhankinta-, tutkimus-, raportointi- ja arviointimenetelmiä. Tutkimuksen tekijänä on ollut tärkeää ottaa huomioon muiden tutkijoiden työt ja antaa niille kuuluva arvo. Hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu lisäksi se, että tutkijoiden asema, oikeudet, vastuut ja velvollisuudet sekä tulosten omistajuutta koskevat kysymykset on määritelty. (Leino-Kilpi – Välimäki 2003: 287–289.)

Opinnäytetyön tekijä on pyrkinyt hahmottamaan ja ratkaisemaan tutkimuksen eettisiä kysymyksiä kestäväällä tavalla tutkimuksen edetessä. Opinnäytetyön valmisteluvaihe käynnistyi aiheen valinnalla. Aiheen valinta on jo itsessään tutkimuseettinen kysymys. Potilasturvallisuus on tärkeä asia sekä potilaalle että henkilökunnalle. Potilasturvallisuuden kartoitus ei ole kuitenkaan aiheena helppo, sillä kartoitus voi tuoda näkyviin jotain sellaista, mitä ei ehkä oltaisi valmis tekemään näkyväksi organisaatiossa. Kartoituksen tavoitteena on auttaa organisaation johtoa ja työntekijöitä tunnistamaan organisaation toiminnassa olevia heikkouksia ja vahvuuksia. Se tuo näkyviin henkilöstön näkemykset asiasta, mikä itsessään on jo tärkeää, mutta potilasturvallisuuden kehittämisen avulla voidaan edistää sekä henkilöstön että potilaiden hyvää. Aiheen valintaan ei ole vaikuttanut mikään ulkopuolinen taho, vaan lähtökohtana on ollut opinnäytetyön tekijän oma kiinnostus perehtyä aihealueeseen.

Tutkimussuunnitelman rakentamista ohjasi halu toteuttaa kartoitus sellaisena kokonaisuutena, josta Espoon sairaalan on hyvä jatkaa kehittämistyötään. Suunnitelmavaiheessa hahmotellut haastattelut jouduttiin jättämään kuitenkin ajan puutteen vuoksi pois lopullisesta toteutuksesta. Sitoutuminen kartoituksen loppuun saattamiseen oli vahva ja kompromissien tekemisen aiheuttamat ristiriidat oli hyväksyttäviä osana oppimisprosessia.

Kyselyaineiston keruussa kiinnitettiin huomiota tutkittavien ihmisten oikeuksiin sekä rehelliseen ja kunnioittavaan kohteluun. Henkilökuntaa informoitiin tutkimuksesta, jotta he pystyvät tietoisesti suostumaan tutkimukseen (liite 2). Kyselyyn vastaajilla oli mahdollisuus keskeyttää kyselyyn vastaaminen niin halutessaan. Kyselyyn osallistuville vaikutettiin, että tutkimustuloksia ei käytetä heitä vastaan eivätkä yksittäiset henkilöt ole missään vaiheessa tunnistettavissa. (Paunonen – Vehviläinen -Julkunen 2006: 215–220; Leino-Kilpi – Välimäki 2003: 290–291.) Henkilöstökyselyyn vastattiin anonymisti verkkokyselynä. Vastaajilla oli mahdollisuus esittää selventäviä kysymyksiä koko aineistonkeruun ajan ja heillä on mahdollisuus saada tietoa tutkimustuloksista raportin valmistuttua. Tarkentavia kysymyksiä esitettiin tutkimusaineiston keruuvaiheessa kerran, jolloin vastaaja halusi tarkentaa kyselyn taustamuuttujana olleen työskentelyyksikkökysymyksen vaihtoehtojen käyttöä. Osalla Espoon sairaalan henkilökuntaa heidän työpanos kohdentuu useampaan valintavaihtoehtoihin.

Kyselyaineiston analyysissä eettisestä näkökulmasta keskeistä oli, että analyysissä hyödynnettiin koko kerättyä aineistoa. Tutkimusvilppinä voidaan pitää myös tuloksia, joita pimitetään tai piilotetaan. Avoimen kysymyksen tulokset ja henkilöstökyselyssä saadut näkemykset tukivat toisiaan. Henkilöstökyselyn tulokset oli kuitenkin huomattavasti helpompia raportoida. Avoimen kysymyksen vastauksia käsitellessä opinnäytetyön tekijä huomasi useaan otteeseen vaipuneensa pohdiskelemaan esiin nousseita asioita omien näkökulmien ja kokemusten kautta. Tulosten tarkastelussa omia mielipiteitä on pyritty välttämään ja tunnistamaan omista ennakkoasenteista johtuvat vääristymät, raportti on ollut tästä syystä käsikirjoitusvaiheessa myös kollegan luettavana. Plagiointia, joka Leino-Kilven ja Välimäen mukaan on ilmeisesti yleisin tutkimusvilpin muoto, on aikaisemmin julkaistun tekstin liittäminen tai julkaisemisesta ilman, että alkuperäistä lähdettä mainitaan. Opinnäytetyössä käytettävään mittausmalliin on talletettu tekijän yhteystiedot. Tutkimustulokset on pyritty raportoimaan kattavasti ja totuudenmukaisesti. Tutkimustulosten virheellisestä raportoinnista olisi kyse myös silloin, jos tuloksia jätettäisiin raportoimatta, niitä raportoitaisiin valikoidusti tai tuloksia muutettaisiin. (Leino-Kilpi – Välimäki 2003: 293.)

Tämän opinnäytetyön tutkimuslupa on anottu Espoon sosiaali- ja terveystoimesta (liite 1). Tutkimuseettisen toimikunnan puoltavaa lausuntoa ei tarvittu, sillä kysely ei kohdistunut suoraan potilaisiin. VTT:n kanssa on sovittu, että kyselyllä kerätty aineisto (ns. raakadata) jää molempien osapuolten käyttöön. Raakadatan pohjalta voidaan VTT:llä

jatkossa kirjoittaa tutkimusjulkaisuja niin, ettei organisaation nimeä mainita ilman organisaation edustajan suostumusta. Kyselystä kiinnostuneet ohjataan ottamaan yhteyttä VTT:lle, henkilöstökyselyä ei toimiteta organisaatiostamme eteenpäin. Liittyvä Voima – hanke voi hyödyntää kerättyä aineistoa tutkimusjulkaisuissa asianmukaisin viittauksin.

7.2 Tutkimuksen luotettavuuden tarkastelu

Tutkimuksen luotettavuudella tarkoitetaan tutkimustulosten ja tutkittavan todellisuuden mahdollisimman hyvää vastaavuutta. Tutkimuksen luotettavuutta arvioitaessa on tarkastelu ulotettava tutkimuksen kaikkiin eri vaiheisiin; tutkimuksen suunnitteluun, tutkijaan, mittareiden laadintaan, aineiston keruuseen, aineiston laatuun, aineiston analyysiin, tulosten esittämiseen ja johtopäätösten tekemiseen. (Leino-Kilpi – Välimäki 2003: 288- 293.) Luotettavuus koostuu kvantitatiivisissa tutkimuksissa kahdesta osatekijästä; validiteetista eli pätevyydestä ja reliabiliteetista eli täsmällisyydestä. Arvioinnissa kriteereinä on neljä seikkaa; sisäinen validiteetti, ulkoinen validiteetti, reliabiliteetti ja objektiivisuus (Metsämuuronen 2003: 35).

Opinnäytetyön suunnitteluvaiheen ohjaus tuki vahvan teoreettisen pohjan rakentamista työlle. Henkilöstökyselyiden luotettavuutta arvioitaessa täytyy arvioida sekä mittarin että tulosten luotettavuutta. Tutkimuksessa käytettävä mittari kuvastaa koko tutkimuksen luotettavuutta. Mittarin validiteettia voidaan arvioida sisältövaliditeetin avulla, jolloin tutkija arvioi mittarissa käytettyjen muuttujien operationalisoinnin eli sen miten muuttujat on saatu mitattavaan muotoon.

Mittarin reliabiliteetti tarkoittaa mittarin kykyä antaa tuloksia, jotka eivät ole sattumanvaraisia. (Paunonen – Vehviläinen–Julkunen 2006: 207- 210.) Pietikäinen on omassa pro gradu työssään ansiokkaasti arvioinut kyselyn mittamallin luotettavuutta. Hän toteaa, että käytetyn turvallisuuskulttuurikyselyn validiteetti ja reliabiliteetti on nähtävä pitkäaikaisena prosessina, jossa vähitellen kootaan aineistoa kyselyn merkityksestä ja tuloksia voidaan verrata ennako-oletuksena olleeseen teoreettiseen näkemykseen turvallisuuskulttuurin rakenteesta. (Pietikäinen 2008:16.) Kyselystä käytettiin VTT:llä laadittua uudistettua versiota, mihin kyselyn asteikkoja on kehitetty samanaikaisesti tehdyn teoreettisen tarkastelun rinnalla (Pietikäinen 2008: 66.)

Tutkimuksen sisäistä luotettavuutta voidaan mitata rinnakkaismittauksella, toistomittauksella tai sisäisen konsistenssin avulla (Metsämuuronen 2003: 94, 439). Koska tässä tutkimuksessa oli kyseessä poikkileikkaustutkimus, mittarin reliabelius oli selvítettävä sisäisen konsistenssin eli yhtenäisyyden avulla. Kyse on siitä, onko saatu kuva tutkittavista luotettava. Kyselyitä käytetään paljon turvallisuuskulttuurin arvioinnissa. Kyselytutkimuksissa on kuitenkin vaikea kontrolloida häiriötekijöitä, joten kyselyihin tulee väkisin paljon satunnaista vaihtelua. Suurella otoskoolla tämä vastausten vaihtelu jakautuu tasaisesti eikä vääristä tuloksia. (Reiman ym. 2008: 29.) Kyselyn otos edusti hyvin Espoon sairaalan henkilöstöä, sillä vastaajista oli todellisuutta vastaavasti sukupuolijakauman mukaisesti enemmistö naisia ja sekä henkilöstöryhmittäin että työyksiköittäin vastaajien määrä noudatteli kokonaismäärän suhdetta. Vastausprosenttina 36 % on kohtuullinen, ryhmien koot olivat kuitenkin varsin pieniä yleistettävyyden näkökulmasta. Yleistettävyyttä enemmän tutkimuksen tarkoituksena oli kuitenkin muodostaa kuva Espoon sairaalan potilasturvallisuuskulttuurin tämänhetkisistä ulottuvuuksista. Aikaisemmat tutkimukset ovat tuottaneet samansuuntaisia tutkimustuloksia, mikä lisää tulosten luotettavuutta.

Henkilökuntakyselyn melko alhaiseen vastausprosenttiin on voinut vaikuttaa se, että juuri ennen tätä kyselyä sairaalan sairaanhoitajahenkilöstö vastasi toiseen hyvin mittaavaan kyselyyn. Kuitenkin se, että näinkin moni vastasi kyselyyn, voi ajatella kuvastavan sitä, että asia mielletään tärkeäksi. Tätä ajatusta tukee myös psykologisessa ulottuvuudessa olevan turvallisuussuuntautuminen ja -asenne muuttujalle muodostunut korkea keskiarvo. Lomakkeen täytön aikana on voinut olla häiriöitä tai vastaaja on jättänyt vastaamisen kesken, koska ei ole ymmärtänyt jotain kysymystä. Henkilökuntakyselyn avanneista osa oli jättänyt tallentamatta vastauksensa, mikä voi kertoa siitä, että aihepiiri ja esitettyihin väittämiin vastaaminen koettiin vaikeana.

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa luotettavuuskysymykset liittyvät tutkijaan, aineiston laatuun, aineiston analyysiin ja tulosten esittämiseen. Luokittelun luotettavuuden kannalta on tärkeää, että tutkija pystyy osoittamaan yhteyden tuloksen ja aineiston välillä. Sisällön analyysin luotettavuutta lisää ns. face-validiteetti, joka tarkoittaa sitä, että tulos esitetään henkilöille, joita dokumentit koskevat tai jotka ovat muuten tuttuja tutkittavan ilmiön kanssa. (Latvala – Vanhanen – Nuutinen 2001: 36–37.) Espoon sairaalan henkilökunnalle esiteltiin kyselyn tuloksia lokakuun lopussa pidetyssä potilasturvallisuusseminaarissa, mutta avoimen kysymyksen vastausten tulok-

sia ei tuolloin esitetty. Näin meneteltiin, jotta työpajaan osallistujilla oli mahdollisuus tuottaa uutta, johdattelematonta tietoa.

Laadullisen aineiston ja siitä tulkinnan avulla löydettyjen merkitysten luotettavuus perustuu siihen, miten ne vastaavat tutkimushenkilöiden ilmaisuissaan tarkoittamia merkityksiä ja miten ne vastaavat teoreettisia lähtökohtia. Sisällön analyysiä pidetään vaativana menetelmänä, usein sisällön analyysillä tuotetusta tutkimustuloksesta näkyy aineiston keskeneräisyys. (Kyngäs - Vanhanen 1999:11.) Sisällön analyysin ulkoisen validiteetin vaatimuksena on, että tulokset ovat merkityksellisiä kyseisen ilmiön yhteydessä. Sisällön analyysin tulosten tarkastelu yhdessä kvantitatiivisten tulosten kanssa täydensi saatua tietoa ja lisäsi näin tutkimuksen luotettavuutta.

Vastaajan rehellisyyteen ei kyselyn tekijä pysty juuri vaikuttamaan, mutta lupaamalla ehdotonta luottamuksellisuutta on lupa odottaa totuudenmukaisia vastuksia. Tuloksia täytyy kuitenkin tarkastella nimenomaan henkilökunnan arviona kysytyistä asioista, ja näin ne ovat sinällään merkittäviä.

7.3 Tutkimustulosten tarkastelu

Henkilöstökyselyn avoimen kysymyksen vastaukset antoivat näytteen siitä, mitä potilasturvallisuuskulttuuri on vastaajien mielestä ja näkemystä asioista, joiden vastaajat kokivat olevan riskejä potilasturvallisuuden toteutumisessa. Käsitteenä potilasturvallisuuskulttuurin nähtiin sisältävän potilas- ja lääkehoidon turvallisuussanaston (2006:6) mukaiseen potilasturvallisuus -käsitteen mukaisesti lääkitysturvallisuuden, hoidon turvallisuuden ja laiteturvallisuuden. Kokonaisturvallisuuden osa-alueista (Pietikäinen 2008: 13) vastauksissa nostettiin esiin myös ympäristöturvallisuus (tilat ovat paloturvallisia, osaston olosuhteet), henkilöstöturvallisuus. Fyysinen turvallisuus nousi esiin vastauksissa, joissa pohdittiin potilaiden aggressiivisuuden vaikutuksia ja tietoturvallisuus hahmotettiin osaksi potilasturvallisuutta asiakastietojärjestelmän käyttöön liittyvissä vastauksissa.

Potilasturvallisuuskulttuurin nähtiin olevan osa potilaslähtöistä hoitotyötä, sen miellettiin tarkoittavan vakiintuneita, yleisiä toimintatapoja ja päivittäisiä käytäntöjä, ilmaisevan kenellä on päällimmäinen vastuu ja miten vastuut on jaettu. Vastauksissa tärkeänä asiana nähtiin se, että toimintatapa on sellainen, jossa pyritään aktiivisesti havaitsemaan potilaan hoitoon liittyvät riskit ja eliminoimaan ne. Jokaisen työntekijän on tärkeä

ottaa vastuu potilasturvallisuudesta ja toimintatapoja kehitetään jatkuvasti yhdessä turvallisuuden lisäämiseksi. Yleisten toimintaohjeiden ja säädösten lisäksi ajateltiin turvallisuuskulttuuriin vaikuttavan hoitajan työkokemus, asenne ja hänen oma arvomaailmansa. Tärkeänä nähtiin avoimen keskustelevan ilmapiirin luominen työyhteisöön ja ammattiryhmien välinen saumaton yhteistyö.

Henkilöstökyselyn avoimen kysymyksen toisessa osiossa vastaajia pyydettiin tuomaan esiin potilasturvallisuuden toteutumisessa havaitsemiaan riskejä (liite 5). Yllättävää oli, että vastauksissa ei juurikaan nostettu lääkitysturvallisuuteen liittyviä riskejä, vaikka ne ovat Espoon sairaalasta HaiPro vaaratapahtumaraportointityökalun kautta tehdyissä ilmoituksissa pääosassa ja lääkitysturvallisuus hahmotettiin vastauksissa kuuluvan potilasturvallisuuskäsitteeseen.

Vastaajat ilmaisivat henkilöstökyselyssä etenkin laitteisiin ja resursseihin liittyviä riskejä. Riskinä tuotiin esiin apuvälineiden ja laitteiden kuntoon ja määrään sekä tilojen epätarkoituksenmukaisuuteen liittyviä seikkoja, mutta määrällisesti useammin riskinä nähtiin olemassa olevan henkilökunnan pieni määrä, vaihtuvuus sekä yksiköiden suuri lyhytaikaisten sijaisten määrä. Ongelmalliseksi koettiin osaamisen puutteen lisäksi se, ettei perehdytykseen ole riittävästi aikaa. Etenkin suomenkielentaitoista vuokratyövoimaa kaivattiin.

Viestintään liittyvinä tekijöinä tulivat vastauksista esiin ongelmat päivittäisessä tiedonkulussa ja muiden yksiköiden välisessä tiedon siirrossa. Yksintyöskentely, ongelmat niin ammattiryhmien kuin sijaisten ja vakituisen henkilöstön välisessä yhteistyössä ja yksiköiden omat toimintatavat nousivat työryhmään ja sosiaalisiin tekijöiden liittyvinä riskeinä esiin. Riskinä tunnistettiin myös tilanteet, jolloin ongelmista ei keskustella työyhteisössä.

Potilaaseen liittyviksi riskitekijöiksi kuvattiin hoitoon sitoutumattomuus sekä potilaalla olevat hänen sairauteensa liittyvät tekijät kuten levottomuus, sekavuus, muistamattomuus ja aggressiivisuus tai väkivaltaisuus. Potilaiden koettiin joutuvat olemaan pitkiä aikoja yksin. Lisäksi tehtävään liittyviin tekijöihin nousi vastauksissa kiire, työn kuormitus sekä henkilöstön vaihtuvuus.

Organisationaalisiksi ja strategisiksi tekijöiksi voi luokitella osittain työryhmään ja sosiaalisiin tekijöihin kuuluvia riskejä kuten ammattiryhmien yhteistyö tai sovittujen toimin-

tatapojen noudattaminen. Näiden lisäksi organisaatiokulttuuriin kuuluvina riskejä nähtiin olevan sijaisten hoitokulttuuri, se, ettei ongelmista keskustella sekä kokemus, ettei johto halua kuulla negatiivista palautetta. Työn suuri määrä potilasturvallisuusriskinä voidaan nähdä myös strategisena tekijänä. Hoitohenkilöstöön liittyvien yksilöllisten riskitekijöiden tunnistettiin liittyvän työntekijän asenteeseen ja moraaliin tai ajateltiin, ettei henkinen kapasiteetti riitä.

Henkilöstökyselyn ja työpajatyöskentelyn tuotosten pohjalta muodostuu kuva, että Espoon sairaalan henkilökunta on turvallisuussuuntautunutta ja -asennoitunutta työntekijäjoukkoa. Sairaalassa työskentelevät kokevat suurta henkilökohtaisen vastuun tunnetta ja työn merkityksellisyyttä omasta työstään. Työn tavoitteet nähdään selkeinä, tyytyväisyys on hyvä ja sairaalan ilmapiiri koetaan hyvänä. Turvallisuushuolestuneisuus ei ole mitenkään vallitsevana, mutta turvallisuus arvona tunnistetaan sairaalan arjessa. Siinä, miten henkilökunta kokee hallitsevansa työtehtävänsä ja työmäärän vastaukset peilaavat näkyviin osa-alueen, johon organisaation johdon on syytä pohtia korjaustoimenpiteitä. Reiman ja Oedewald katsovat, että toiminnan turvallisuuteen vaikuttaa keskeisesti organisaation henkilöstön käsitykset toiminnan riskeistä ja nykyisestä turvallisuustasosta (2008:296).

Henkilöstökyselystä muodostuneiden tunnuslukujen pohjalta voidaan ilmaista Espoon sairaalan turvallisuuskulttuurin tasoa, vahvuutta ja kattavuutta. Turvallisuuskulttuurin taso tarkoittaa sitä, kuinka turvallisuus priorisoidaan eli miten hyvä tai huono turvallisuuskulttuuri on. Tasoa kuvastavat turvallisuuskulttuurin ulottuvuuksien keskiarvot. Espoon sairaalan turvallisuuskulttuurin taso on saatujen tulosten pohjalta 4.03. Vahvuudella tarkoitetaan sitä, kuinka yksimielisiä työntekijät ovat turvallisuuskulttuurin tasosta. Tästä kertoo vastauksien hajonta, joka vastausten perusteella on Espoon sairaalassa 0.90. Kattavuudessa tarkastellaan ulottuvuuksien välisiä eroja. (Reiman ym. 2008: 28–29.)

Organisatoristen ulottuvuuksien tarkastelu tuo näkyviin kolme muuttujaa, joiden sisältämät väittämät vastaajat kokivat heikoimmin paikkansapitäväksi. Nämä muuttujat ovat resurssien hallinta, muutosten hallinta ja ulkopuoliset toimijat. Avoimen kysymyksen vastaukset antavat samansuuntaisen näkymän. Resurssien hallinnan väittämät peilalsivat vastaajien mielipidettä henkilökuntamäärän riittävyydestä, työn määrästä ja arviota käytettävissä olevista välineistä ja työtiloista. Muutoksen hallinnan väittämässä vastaajat arvioivat sitä, miten muutokset suunnitellaan ja toteutetaan. Ulkopuolisten toimijoi-

den määrää, pätevyyttä sekä heidän kanssaan tehtävää yhteistyötä ja tiedonkulkua arvioitiin kolmanneksi alhaisimman arvion saaneessa ulkopuoliset toimijat summamuuttujan väittämässä.

Vastauksista heijastuu näkymänä tilanne, jossa suuri osa henkilökunnasta kokee työmäärän olevan liiallinen, tarvetta tehdä liian paljon työtä liian nopeasti. Potilasturvallisuuden toteutumiselle riskeinä tunnistetaan paitsi resursseihin liittyviä myös viestintään ja osaamiseen liittyviä asioita. Vastaajat kokevat, että työyksiköissä käytetään enemmän tilapäistyövoimaa kuin olisi potilashoidon kannalta parasta. Sijaisten suuri määrä nostaa esiin perehdytyksen ja yhtenäisten toimintatapojen merkityksen potilasturvallisuuden parantamisessa. Muutoksen hallintaan liittyviä seikkoja ei noussut suoraan esiin avoimen kysymyksen aineistosta, mutta jonkin verran kriittistä latausta vastauksista oli havaittavissa liittyen tapaan hoitaa organisaatiossa ilmeneviä ongelmia. Johtamista ja esimiestoimintaa peilaavat väittämät arvioitiin kokonaisuutena melko hyvin paikkansa pitäväksi. Väittämistä erottuu heikoimmin paikkansa pitävänä esimiesten myönteisen palautteen antaminen.

Taustamuuttujista työskentely-yksiköiden välillä oli nähtävissä selvimmät erot. Avosairaanhoidon yksiköissä yhteistyö ulkopuolisten toimijoiden kanssa arvioidaan sujuvan paremmin kuin muissa yksiköissä. Avosairaanhoidon yksiköissä nähdään tiedonkulun ja yhteistyön hallinnan kuten osaamisen varmistamisen ja koulutuksenkin positiivisemmin kuin muissa yksiköissä.

Esimiesten näkemykset olivat muita positiivisempia arvioitaessa yhteistyötä, osaamisen varmistamista ja koulutusta sekä resurssien hallintaa. Varsinkin potilasturvallisuutta parantavaa toiminnan kehittämistä peilaavan väittämän kohdalla muun henkilöstön arviot olivat merkitsevästi kriittisemmät. Henkilöstöryhmien välillä merkittävin ero arvioinneissa liittyi henkilökohtaisen vastuun tunnetta peilaavaan väittämään, jossa korkeimmat arvot löytyivät lääkäreiden arvioinneista. Hoitohenkilökunta puolestaan arvioi muita henkilöstöryhmiä aktiivisemmin pyrkivänsä hahmottamaan potilaiden hoitoon liittyviä vaaratekijöitä.

Taustamuuttujien vertailujen tuloksien osalta on huomioitava, että taustamuuttujien ryhmät olivat yhdistämisestä huolimatta erikokoisia. On mahdollista, että esimerkiksi lääkärien ja muiden henkilöstöryhmien välillä tulisi isommassa aineistossa esiin tilastollisesti merkitseviä eroja. Kyselyn käsitteet (esim. organisaatio) voitiin ymmärtää kunkin

vastaajan oman viitekehyksen myötä eritavoin, mikä voi heijastua annettuihin arviointeihin.

7.4 Johtopäätökset

Potilasturvallisuuskulttuuri ei ole yksilöiden ominaisuus. Johtaminen ja esimiestyö luovat potilasturvallisuuskulttuurin perustan. Se on ilmiö, joka nähdään koostuvan organisatorista ja sosiaalisista prosesseista sekä näistä kumpuavista psykologista kokemuksista. Nämä kolme elementtiä määrittävät organisaation tämän hetkistä tilaa ja näin myös siinä vallitsevaa turvallisuuskulttuuria. Organisaation toimintaprosessien kehittämisen kautta kehitetään turvallisuuskulttuuria. Haasteena voi pitääkin sitä, miten turvallisuusajattelu saadaan laajennettua organisaation kokonaisuutta tarkastelevaksi ajatteluksi ja henkilöstö tarkastelisi työtään yhä enemmän osana laajempaa organisaation toiminnan kokonaisuutta.

Toteutettu kysely antaa meille kuvaa siitä, miten Espoon sairaalan henkilökunta näkee väittämässä esitettyjen asioiden olevan. Henkilöstön kyky arvioida oman organisaationsa turvallisuuskulttuuria ja oman organisaationsa toimintaa voidaan ajatella kehittyneen arvioinnista saatujen kokemusten myötä. Toteutettu turvallisuuskulttuuriarviointi on toiminut näin turvallisuuskulttuuri-interventiona. Sen voidaan ajatella lisänneen organisaation kykyä ymmärtää ja kehittää toimintansa turvallisuutta. Siksi turvallisuuskulttuuriarvioinnin sijaan onkin mielekästä puhua turvallisuuskulttuurin arviointi ja kehittämismenettelystä.

Pidetäänkö henkilöstön kokemuksia oikeana tietolähteenä Espoon sairaalassa? Oedewald ja Reiman pohtivat, että henkilöstön subjektiiviset kokemukset ovat ainoita käytettävissä olevia indikaattoreita työn resursoinnin epäonnistumisesta tilanteessa, jolloin se ei pysty toimimaan sen hetkisillä resursseilla turvallisesti. (Reiman ym. 2008: 62.) Resursoinnissa ei ole kyse pelkästään työntekijöiden määrästä, vaan myös työn rytmittämisestä ja työtehtävien sujuvan toteuttamisen varmistamisesta. Olennainen askel tämän ulottuvuuden kehittämisessä otetaan siinä vaiheessa, kun resurssien hallinnan kysymykset otetaan puheeksi ja tunnistetaan potilasturvallisuuden kannalta keskeiseksi poliittisen päätöksenteon asiaksi. Kuten Amalberti on todennut, on tärkeää asettaa rajat yksikössä työskentelevien maksimikuormitukselle ja yksikön sallitulle riskitasolle.

Kompetenssit ja koulutus, henkilöstön pätevyys ovat osa turvallisuusrakenteita. Potilasturvallisuus on osa ammattitaitoa. Turvallisuuden kannalta on tärkeää, että henkilöstö on pätevää ja suoriutuu hyvin tehtävistään. STM:n potilasturvallisuusstrategiassa kiinnitetään erityistä huomiota siihen, että uusien ja määräaikaisten työntekijöiden kuten myös opiskelijoiden perehdytyksen tulee olla riittävä ja vastata heille asetettuja vastuita. Koulutus voi toimia standardoinnin välineenä. Toiminnan standardoinnin avulla pyritään lisäämään tehokkuutta, mutta yhtenäiset toimintatavat vaikuttavat myönteisesti myös potilasturvallisuuteen.

Kartoituksessa muodostuneessa näkemyksessä on yhdenmukaisuutta Suomessa toteutettujen aiemmin esiteltyjen tutkimusten tulosten kanssa, resurssien hallintaa ja muutosten hallintaan suhtauduttiin niissäkin kriittisimmin (Pietikäinen 2008). Muutoksen hallinnan summamuuttujan saamassa näkemyksessä heijastuu ehkä tämän päivän yhteiskunnassa ja teknologiassa tapahtuvat muutokset. Muutostilanteissa hoitotyön laatu ja turvallisuus riippuvat paljon työntekijöiden jaksamisesta ja motivaatiosta. Henkilöstön huolet ja kokemukset ohjaavat heidän työtään, eikä niitä voi sivuuttaa muutosten potilasturvallisuusvaikutuksia arvioitaessa ja hallittaessa. TUKU-kyselyssä erikoissairaanhoidon organisaatioiden johdon toimintaan turvallisuuden varmistamiseksi suhtauduttiin kriittisemmin, kuin mitä nyt saaduissa perusterveydenhuollon organisaation arvioinnissa.

Miksi esimiesten näkemykset olivat merkitsevästi positiivisempia niin resurssien hallintaan liittyvissä väittämissä kuin yhteistyön hallintaan ja osaamisen varmistamisen ja koulutukseen liittyvissä väittämissä? Esimiehen on tunnettava työntekijän työkenttä ja oltava selvillä hänen näkemyksistään työstä ja työyhteisön toimivuudesta, vain näin hän voi varmistaa yhteisen tavoitteen ja laadun saavuttamisen. Onko lähiesimiestyön toteutuksessa nyt tarpeeksi aikaa ja mahdollisuuksia olla läsnä ja kuunnella henkilöstöä?

Tässä opinnäytetyössä käytetyssä TUKU-kyselyssä oli mukana organisaation ulottuvuuksiin ulkopuolisia toimijoita koskeva muuttuja, sillä tilapäistyöntekijöiden käytön on osoitettu olevan terveydenhuollon toiminnassa haaste, jonka potilasturvallisuusmerkitystä ei ole vielä täysin hahmotettu (Pietikäinen ym.2008:49). Toteutetussa kartoituksessa arvioitiin keikkatyöntekijöiden osaamisen puutteiden ja sijaistyövoiman määrän vaarantavan potilasturvallisuutta. Kulttuurinen sopeutuminen on nähtävä kaksisuuntai-

sena prosessina. Voimmeko osaltamme itse edistää eri kulttuurista tulevan keikkatyöntekijän sopeutumista ja oppimista?

Kehittämistyö suuntautuu Espoossa yhä enemmän tulevaisuuteen, sillä pian rakennettavan uuden sairaalan ympärillä tapahtuu paljon, potilasturvallisuuttakin edistäviä uudistuksia. Toisaalta potilasturvallisuusriskejä liittyy paitsi tiedonhallintaan myös aina organisaatiouudistuksiin sekä uuden teknologian ja uusien hoitokäytäntöjen käyttöön-ottoon. Tämänhetkisten muutosten positiivisia vaikutuksia voi olla vaikeaa havainnoida ruohonjuuritason työntekijän näkökulmasta.

Kaikki turvallisuuskulttuurin ulottuvuudet ovat vuorovaikutuksessa keskenään. Espoon sairaalan henkilöstön kyky ja halu hoitaa perustehtävänsä turvallisuuden kannalta optimaalisesti näkyy selkeästi psykologisten ulottuvuuksien saamisessa arvoissa. Organisaattoristen ulottuvuuksien teemojen heikkojen alueiden kehittäminen edesauttaa henkilöstöä jaksamaan työssään. Turvallisuuskulttuuri voi olla ikään kuin ennakoiva mittari siten, että se ohjaa huomiota organisaation toiminnan kehittämisen kannalta keskeisiin asioihin.

Turvallisuuskulttuurin kehittämisessä on järkevää lähteä liikkeelle arvioinnista. Arviointi auttaa keskustelun herättämisessä ja ohjaamisessa. Espoon sairaalan johto ja työntekijät voivat jatkaa tästä. Perusarviointi auttaa määrittelemään prosessin vaatimien resurssien oikeaa mitoitusta ja tekee näkyväksi olemassa olevat hyvät käytännöt. Opin- näytetyökokonaisuuteen ei nyt sisällytetty organisaation sosiaalisten prosessien tarkastelua. Sosiaalisten prosessien tunnistaminen auttaisi ennakoimaan organisaation toiminnan kehittymistä. Olisi eduksi tarkastella esimerkiksi sitä, millaiset edellytykset Espoon sairaalalla on kehittää turvallisuuskulttuuriaan, mitkä tekijät ylläpitävät nykyistä kulttuuria ja millaisilla menetelmillä sekä mihin tekijöihin tarttumalla turvallisuuskulttuuria voidaan kehittää.

Potilasturvallisuuteen liittyvää tutkimusta kaivataan lisää monestakin näkökulmasta. Potilasturvallisuustapahtumien analysoinnin kautta saadaan näkyviin tapahtumia ja tilanteita, jotka ovat ennaltaehkäistävissä. Potilaiden kokemukset toisivat esiin potilasturvallisuuteen erilaisen tarkastelunäkökulman. Saumaton yhteistyö potilaan kanssa, hänen mukaansa ottaminen oman hoidon suunnitteluun ja toteuttamiseen on oleellinen asia potilasturvallisuuden varmistamisessa, sillä potilas itse on ainoa, joka kulkee koko hoitoprosessin läpi alusta loppuun.

Tulossa oleva terveydenhoitolaki velvoittaa organisaatioita tulevaisuudessa laatimaan potilasturvallisuussuunnitelman. Miten turvallisuustilannetta on tarkoituksenmukaista mitata organisaatioissa, miten strategian vaikutuksia arvioidaan? Mielenkiintoinen tarkastelunäkökulma olisi tarkastella potilasturvallisuuden suhdetta organisaation tehokkuuteen. Potilasturvallisuusstrategian mukaisesti tulevaisuudessa kaikki päätökset, mukaan lukien taloudelliset, pitäisi pystyä arvioimaan myös potilasturvallisuuden näkökulmasta.

LÄHTEET

- Amalberti, R. – Auroy, Y. – Berwick, D. – Barach, P. 2005. Five system barriers to achieving ultrasafe health care. *Annals of internal Medicine* 142, 756-764. Saatavilla sähköisesti <<http://www.annals.org/content/142/9/756.full.pdf+html?sid=be6dd86b-72bd-46ee-af78-15bc3e14140b>>. Luettu 10.2.2010.
- Espoon kaupungin internet-sivut.
<http://www.espoo.fi/default.asp?path=1;28;11884;102938;105860;106877&voucher=6B951CD8-56A4-4CD8-9452-45DECA9112B0>
- Heikkilä, T. 1998. Tilastollinen tutkimus. Edita:Helsinki.
- HILMO Sosiaalihuollon ja terveydenhuollon hoitoilmoitus 2010. Määrittelyt ja ohjeistus Saatavilla sähköisesti
<http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/hilmo/HILMOohje.pdf>. Luettu 11.10.2010
- Outinen, M. - Lempinen, K. -Holma,T. - Haverinen, R. 1999. Seitsemän laatupolkua. Vaihtoehtoja laadunhallintaan sosiaali- ja terveydenhuollossa. Suomen Kuntaliitto; Helsinki.
- Juuti, P. 2006. Organisaatiokäyttäytyminen. Otava: Keuruu.
- KvaliMOTV. Menetelmäopetuksen tietovaranto. 2009. Yhteiskuntatieteellinen tietovarasto. Saatavilla sähköisesti <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/>. Luettu 10.2.2010.
- Kyngäs, H. - Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. Hoitotiede Vol.11. Oulun yliopisto. Oulu.
- Latvala, E. – Vanhanen–Nuutinen, L. 2001. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: sisällönanalyysi. Teoksessa Janhonen, S. – Nikkonen, M (toim.): Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. WSOY/Oppimateriaalit: Helsinki.
- Leino-Kilpi, H. – Välimäki, M. 2003. Etiikka hoitotyössä. WSOY/Oppimateriaalit: Helsinki.
- Metsämuuronen, J. 2003. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. International Methelp Ky: Helsinki.
- Miettinen, M. - Penttinen, J. - Turunen, H. - Partanen, P. - Vehviläinen-Julkunen, K. Sairaala 2/2008. Artikkel. Turvallisuuskulttuuria terveydenhuoltoon. Potilasturvallisuus keskeinen haaste.
- NHS. 2007. MaPSaF. Saatavilla sähköisesti
<<http://www.npsa.nhs.uk/patientsafety/improvingpatientsafety/humanfactors/mapsaf/>>. Luettu 4.2.2010
- Oedewald, P. - Reiman, T. 2006. Turvallisuuskriittisten organisaatioiden toiminnan erityispiirteet. VTT Publications 593: Espoo.

- Paunonen, M. -Vehviläinen-Julkunen, K. 2006. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka.1.-4.painos. WSOY/ Oppimateriaalit: Helsinki.
- Pietikäinen, E. - Reiman, T. - Oedewald, P. 2008. Turvallisuuskulttuurityö organisaation toiminnan kehittämisenä terveydenhuollossa. VTT Tiedotteita: Espoo.
- Pietikäinen, E. 2008. Turvallisuuskulttuurikyselyn toimivuus terveydenhuolto-organisaatioissa. Pro Gradu-tutkielma. Tampereen yliopisto. Psykologian laitos.
- Potilas- ja lääkehoidon turvallisuussanasto. 2006. Stakes ja lääkehoidon kehittämiskeskus Rohto. Stakesin työpapereita 26/2006. Saatavilla sähköisesti <http://www.rohto.fi/doc/T28-2006-VERKKO.pdf>. luettu 2.6.2010.
- Reiman, T. - Oedewald, P. 2008. Turvallisuuskriittiset organisaatiot – Onnettomuudet, kulttuuri ja johtaminen. Edita: Helsinki.
- Reiman, T. - Pietikäinen, E. - Oedewald, P. 2009. Potilasturvallisuuskulttuuria kehittämällä huomio turvallisen työn teon edellytyksiin. Teoksessa Potilasturvallisuus ensin. Hoitotyön vuosikirja 2009. Suomen Sairaanhoitajaliitto: Helsinki.
- Reiman, T.- Pietikäinen, E. - Oedewald, P. 2008. Turvallisuuskulttuuri. Teoria ja arviointi. VTT Publications 700: Espoo. Saatavilla sähköisesti <http://www.vtt.fi/inf/pdf/publications/2008/P700.pdf>.
- Schein, E. 2009. Yrityskulttuuri – selviytymisopas. Tietoja ja luuloja kulttuurimuutoksesta. Laatu keskus: Tampere.
- Sexton, J.- Helmreich, R. – Neilands, T. – Rowan, K. – Vella, K. – Boyden, J. - Roberts, P. – Thomas, E. 2006. The Safety Attitudes Questionnaire: psychometric properties, benchmarking data and emerging research. BMC Health Services Research, 6. Saatavilla sähköisesti <<http://www.biomedcentral.com/1472-6963/6/44>>. Luettu 4.2.2010.
- Snellman, E. 2008. Potilasturvallisuuskulttuuri tutkimuskohteena. Suomen Potilaslehti nro 1, 5-9.
- Snellman, E. 2009. Potilasturvallisuus Suomessa. Teoksessa Potilasturvallisuus ensin. Hoitotyön vuosikirja 2009. Suomen sairaanhoitajaliitto: Helsinki.
- Sorra, J. – Nieva, V. 2004. Hospital Survey on Patient Safety Culture. ARHQ Publication No. 04-0041. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.
- Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:3. Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä. Suomalainen potilasturvallisuusstrategia 2009–2013. Yliopistopaino: Helsinki.
- Vilkkä, H. 2005. Tutki ja kehitä. Tammi: Helsinki.
- Vilkkä, H. 2007. Tutki ja mittaa. Tammi: Helsinki.
- WHO. 2010. Patient Safety Workshop: Learning From Error. Verkkodokumentti http://www.who.int/patientsafety/activities/technical/Learning_from_Error_workshop_booklet.pdf. Luettu 19.10.2010.

Zohar, D. - Livne, Y. - Tenne-Gazit, O. - Admi, H. - Donchin, Y. 2007. Healthcare climate: a framework for measuring and improving patient safety. *Critical Care Medicine*, 35, 1312–1317.



TUTKIMUSLUPA



TUTKIMUSLUVAN MYÖNTÄMINEN

Espoon sosiaali- ja terveystoimen esikunta/Kehittämisyksikkö myöntää tutkimusluvan 17.3.2010 päivätyn tutkimuslupa-anomuksen mukaisesti.

Hakija: Lea Pihkala

Aihe: Potilasturvallisuuskulttuurin kehittäminen Espoon sairaalassa

Edellytyksenä on, että tutkimuksen suorittaja/t ei/vät käytä saamiaan tietoja asiakkaan/potilaan tai hänen läheistensä vahingoksi eivätkä luovuta saamiaan henkilötietoja ulkopuolisille, vaan pitävät ne salassa.

Tutkimustulokset tulee esittää niin, ettei niistä voida tunnistaa yksittäistä henkilöä tai perhettä. Lisäksi on noudatettava henkilötietolaissa ja muualla lainsäädännössä olevia tutkimusrekistereitä koskevia säännöksiä.

Edellytämme, että tutkija/t luovuttaa/vat sosiaali- ja terveystoimen Kehittämisyksikön käyttöön maksutta lopullisen tutkimusraportin kahtena kappaleena.

Espoossa 23.4.2010

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Lea Konttinen".

Lea Konttinen
kehittämispäällikkö

HYVÄ ESPOON SAIRAALASSA TYÖSKENTELEVÄ !

Opiskelen Metropolia ammattikorkeakoulussa ylempää ammattikorkeakoulututkintoa sosiaali- ja terveysalan johtaminen ja kehittäminen koulutusohjelmassa. Opinnäytetyössäni kartoitan Espoon sairaalan potilasturvallisuuskulttuuria VTT:llä kehitettyä potilasturvallisuuskulttuurikyselyä hyödyntäen. Opinnäytetyöni nivoutuu osaksi Liittyvä Voima 1.osahanketta. Opinnäytetyöni ohjaajana toimii Metropolista lehtori Arja Laakkonen.

Potilasturvallisuus on terveyden- ja sairaanhoidon laadun perusta. Vaaratapahtumat ovat mahdollisia, vaikka henkilökunta on ammattitaitoista ja työhönsä sitoutunutta ja toiminta varsin säädeltyä. Kokemuksen mukaan potilasturvallisuus taataan parhaiten siirtämällä huomio yksittäisistä työntekijöistä ja virheistä potilaille aiheutuvien haittojen vähentämiseen sekä arvioimalla ja tutkimalla palvelujärjestelmää ja poistamalla siellä olevia riskejä. Turvallisuuskulttuuria arvioimalla voidaan saada käsitys organisaation turvallisuuden haasteista. Jokaisen työntekijän näkemys turvallisuuskulttuurista on erittäin arvokas.

Pyydän Sinua, joka olet työskennellyt Espoon sairaalan organisaatiossa jo jonkin aikaa (n. ½-vuotta tai enemmän) vastaamaan tähän kyselyyn. Kysely avautuu oheisesta webropol-linkistä

(<https://www.webropol.com/P.aspx?id=404878&cid=116731068>)

Toivon, että työkiireistäsi huolimatta ennättäisit hetkeksi pysähtyä pohtimaan potilasturvallisuutta. Kartoituskyselyssä voit tuoda esiin oman näkemyksesi Espoon sairaalan toimintakulttuurista turvallisuuden näkökulmasta, miten kyselyn väittämät pitävät paikkansa Sinun kohdallasi/mielestäsi. Kartoituskysely tutustuttaa Sinut samalla potilasturvallisuuskulttuurin tarkastelussa käytettäviin käsitteisiin.

Kyselyn vastaukset ovat luottamuksellisia ja kyselyn vastauksia käsitellään siten, etteivät yksittäiset henkilöt ole niistä tunnistettavissa. Opinnäytetyöni on tarkoitus valmistua vuoden 2010 lopulla.

Vastaathan kyselyyn 11.5.2010 mennessä.

Kiittäen jo etukäteen

Vastaan mielelläni mahdollisiin kysymyksiisi, ota yhteyttä!

Liitteen 3 mittausmalli poistettu julkaistusta versiosta.

Psykologiset ulottuvuudet (f=123)					
Hallinnan tunne	Keskiarvo	Mediaani	Keskihajonta	Vinous	Huipukkuus
Ehdin aina tehdä työni huolellisesti	3.38	3.00	1.12	0.37	-0.59
Pystyn hallitsemaan työtehtäviäni	4.25	4.00	1.01	-0.38	-0.32
Työni ei ole kokonaisuudessaan stressaavaa	3.02	3.00	1.19	-0.02	-0.64
Työssäni en joudu usein kiirehtimään	2.70	3.00	1.20	0.40	-0.55
Henkilökohtaisen vastuun tunne	Keskiarvo	Mediaani	Keskihajonta	Vinous	Huipukkuus
Koen henkilökohtaista vastuuta sairaalan potilasturvallisuuden tasosta	5.02	5.00	1.02	-0.96	0.43
Olen itse vastuussa työni kokonaislaadusta	4.71	5.00	1.08	-0.67	-0.10
Tunnen huonoa omatuntoa jos työsuoritukseni on ollut tavallista heikompi	4.63	5.00	1.13	-0.80	0.30
Kannan vastuuta työtapojeni turvallisuusvaikutuksista	5.11	5.00	0.87	-0.91	0.70
Turvallisuussuuntautuminen ja -asenne (safety motivation)	Keskiarvo	Mediaani	Keskihajonta	Vinous	Huipukkuus
Potilasturvallisuus on keskeisin omaa työtäni ohjaava arvo	4.91	5.00	0.91	-0.67	0.08
Mielestäni on tärkeää, että potilasturvallisuutta korostetaan sairaalassamme jatkuvasti	5.12	5.00	0.85	-1.04	1.20
Ymmärrän, miten työni kytkeytyy potilasturvallisuuteen	5.24	5.00	0.78	-0.86	0.42
Potilasturvallisuus on minulle henkilökohtaisesti tärkeä asia	5.28	5.00	0.79	-1.06	0.84
Potilasturvallisuuteen liittyvät asiat ovat minun työssäni keskeisiä	4.90	6.00	1.55	-1.34	0.62
Mindfulness (valppaus)	Keskiarvo	Mediaani	Keskihajonta	Vinous	Huipukkuus
Pyrin aktiivisesti hahmottamaan potilaiden hoitoon liittyviä vaaratekijöitä	4.63	5.00	1.04	-0.52	-0.27
Mietin töitä tehdessäni mahdollisia vaaratilanteita ja epäonnistumisia sekä varautumismahdollisuuksia niihin	4.07	4.00	1.17	-0.31	-0.50
Pyrin työssäni olemaan avoin erilaisille tulkinnoille ja vasta-argumenteille	4.51	5.00	0.95	-0.50	-0.13
Työssäni kyseenalaistan omia päätöksiäni ja tulkintojani ja pyrin etsimään tietoa, joka osoittaisi ne vääriksi	3.52	4.00	1.22	0.06	-0.86
Työn koettu merkityksellisyys (task motivation)	Keskiarvo	Mediaani	Keskihajonta	Vinous	Huipukkuus
Koen, että työni on tärkeää	5.36	5.00	0.74	-1.31	2.85
Tieto odotuksista työsuoritusta kohtaan (core task)	Keskiarvo	Mediaani	Keskihajonta	Vinous	Huipukkuus
Työni tavoitteet ovat selkeät	4.70	5.00	0.97	-0.55	-0.20
Kontrollimuuttujat	Keskiarvo	Mediaani	Keskihajonta	Vinous	Huipukkuus
Ilmapiiri	4.19	4.00	1.03	-0.57	-0.34
Turvallisuushuoli	3.82	4.00	1.37	-0.08	-1.03
Työtyytyväisyys	4.35	4.00	0.97	-0.37	-0.32
Turvallisuus arvona	4.16	4.00	1.09	-0.17	-0.29
Viralliset vastuut	4.24	4.00	1.12	-0.48	-0.26

Organisatoriset ulottuvuudet (f=124)					
Johtamisjärjestelmä	Keskiarvo	Mediaani	Keskihajonta	Vinous	Huipukkuus
Potilasturvallisuuteen liittyvät viralliset roolit ja vastuut ovat selkeitä sairaalassamme	3.47	3.00	1.03	0.36	0.00
Potilaan hoidon prosessit tai hoitopolut ovat helposti hahmotettavissa sairaalassamme	3.76	4.00	1.02	-0.07	-0.30
Sairaalassamme on pitkän tähtäimen suunnitelma potilasturvallisuuden varmistamiseksi	3.65	3.00	1.00	0.34	-0.30
Johtaminen ja esimiestoiminta	Keskiarvo	Mediaani	Keskihajonta	Vinous	Huipukkuus
Sairaalan johtamistapa osoittaa, että potilasturvallisuus on keskeinen arvo	3.64	4.00	1.12	0.12	-0.71
Sairaalan johtamistapa luo hyvät edellytykset työn tekemiselle laadukkaasti	3.34	3.00	1.07	0.13	-0.18
Potilasturvallisuuteen liittyviä asioita tuodaan esiin sairaalan sisäisessä viestinnässä	3.60	3.00	1.05	0.08	-0.75
Esimiehet antavat myönteistä palautetta, jos näkevät että työ on tehty potilasturvallisuuden kannalta hyvin	3.07	3.00	1.21	0.33	-0.41
Esimiehet ottavat huomioon alaistensa ehdotukset potilasturvallisuuden parantamiseksi	3.85	4.00	1.06	-0.31	-0.08
Jos jokin työasia huolestuttaa, siitä on helppo keskustella esimiehen kanssa	4.18	4.00	1.34	-0.43	-0.72
Tiedonkulun hallinta	Keskiarvo	Mediaani	Keskihajonta	Vinous	Huipukkuus
Potilasturvallisuuteen liittyvistä asioista on helposti saatavilla tietoa sairaalassamme	3.49	3.00	1.13	0.14	-0.50
Päivittäiseen työn tekemiseen tarvittava tieto on helposti saatavilla	3.94	4.00	1.15	-0.23	-0.15
Sairaalan yksiköiden välisessä tiedonvaihdossa ei tule usein esiin ongelmia	3.40	3.00	1.06	-0.17	-0.28
Sairaalan tiedonkulun ratkaisut (esim. tietojärjestelmät, palaverikäytännöt) edistävät potilasturvallisuutta	4.02	4.00	1.15	-0.39	-0.42
Yhteistyön hallinta	Keskiarvo	Mediaani	Keskihajonta	Vinous	Huipukkuus
Päivittäinen yhteistyö sairaalassamme sujuu hyvin	4.07	4.00	0.97	-0.31	-0.41
Sairaalan yksiköt työskentelevät hyvin yhdessä tarjotakseen parasta hoitoa potilaalle	3.76	4.00	1.19	-0.20	-0.50
Kun potilaat siirtyvät yksiköstä toiseen, asioista huolehditaan	3.54	4.00	1.21	-0.22	-0.83
Eri ammattiryhmien välinen yhteistyö on sujuvaa	4.14	4.00	0.99	-0.28	-0.24
Kaikkien ammattiryhmien näkemykset huomoidaan potilaittemme hoidon suunnittelussa	4.09	4.00	1.05	-0.09	-0.46
Organisatorisen oppimisen varmistaminen	Keskiarvo	Mediaani	Keskihajonta	Vinous	Huipukkuus
Sairaalassamme on toimivat käytännöt vaaratapahtumista oppimiseksi	3.79	4.00	1.04	-0.10	-0.46
Sairaalassamme on toimivat käytännöt potilasturvallisuuteen liittyvien riskien ennakoimiseksi	3.71	4.00	0.98	0.14	-0.59
Sairaalassamme arvioidaan hoitokäytäntöjen toimivuutta oppimista edistävällä tavalla	3.52	3.50	1.10	0.05	-0.34
Kehitämme aktiivisesti toimintaamme parantaaksemme potilasturvallisuutta sairaalassamme	3.89	4.00	1.17	-0.02	-0.73

Osaamisen varmistaminen ja koulutus	Keskiarvo	Mediaani	Keskihajonta	Vinous	Huipukkuus
Sairaalassamme työntekijöillä on tarvittavat tiedot ja taidot, jotta työ voidaan tehdä hyvin	3.93	4.00	1.07	-0.14	-0.25
Sairaalassamme huolehditaan siitä, että potilaiden hoitoon on käytettävissä tarkoituksenmukaista osaamista	3.86	4.00	1.05	0.07	-0.61
Harjoittelijoita ja/tai uusia työntekijöitä valvotaan ja ohjataan riittävästi sairaalassamme	3.73	4.00	1.21	-0.07	-0.81
Sairaalassamme työntekijöillä on mahdollisuus kouluttautua ja kehittää ammattitaitoaan työn ohella	4.02	4.00	1.28	-0.24	-0.56
Resurssien hallinta	Keskiarvo	Mediaani	Keskihajonta	Vinous	Huipukkuus
Meillä on riittävästi henkilökuntaa työmäärästä selviytymiseksi	2.59	2.00	1.25	0.67	-0.18
Työvuorojen suunnittelussa huomioidaan potilasturvallisuus	3.68	4.00	1.23	-0.27	-0.53
Emme työskentele kriisitilassa	3.64	4.00	1.43	-0.15	-0.88
Meillä on käytössämme oikeanlaiset välineet potilaiden hyvän hoidon takaamiseksi	3.81	4.00	1.17	-0.26	-0.53
Meillä on käytössämme oikeanlaiset työtilat potilaiden hyvän hoidon takaamiseksi	3.05	3.00	1.22	0.15	-0.85
Muutoksen hallinta	Keskiarvo	Mediaani	Keskihajonta	Vinous	Huipukkuus
Kun sairaalassamme tehdään muutoksia, ne suunnitellaan ja toteutetaan hyvin	3.04	3.00	1.15	0.57	0.32
Ulkopuoliset toimijat	Keskiarvo	Mediaani	Keskihajonta	Vinous	Huipukkuus
Vuokratyövoimaa työskentelee sairaalassamme sopivasti	3.20	3.00	1.33	0.10	-0.69
Toisen organisaation palveluksessa olevat työntekijät (esim. keikkalääkärit ja muut vuokratyöntekijät, ulkoistetut tukipalvelut), jotka työskentelevät sairaalassamme, ovat päteviä	3.50	3.00	1.03	0.05	-0.77
Tiedonkulussa sairaalan omien työntekijöiden ja muiden organisaation palveluksessa olevien työntekijöiden välillä ei ole ongelmia	3.20	3	1.33	-0.01	-0.76
Yhteistyö sairaalan oman henkilökunnan ja muiden organisaatioiden palveluksessa olevien työntekijöiden (esim. vuokratyövoima, ulkoistetut tukipalvelut) välillä on toimivaa	3.49	3.00	1.00	0.27	-0.63

Potilasturvallisuuskyselyn avoin kysymys; Tunnistettuja riskitekijöitä

Laitteisiin ja resursseihin liittyviä

Apuvälineet; vanhat ja kuluneet, puutteelliset, välineitä liian vähän

Tilat; huonot ja ahtaat, epätarkoituksenmukaiset, huono arkkitehtuuri, sokkeloiset osastot, hoitovälineille ei ole tarpeeksi tilaa

Turvallisia jalkineita ei ole riittävästi

Dementiahälyttimien ajoittainen puuttuminen.

Henkilökunta; määrällisesti riittämätön, henkilökuntaa aina minimimäärä

Vaihtuva henkilöstö; liian tiuha vaihtuvuus, keikkalaisten suuri lukumäärä

Lyhytaikaisten sijaisten suuri määrä

Henkilökunnan huono saatavuus

Liian paljon talon ulkopuolisia työntekijöitä,

Vuokratyövoiman käyttäminen (kieliongelmat, työmoraali)

Osaamiseen liittyviä

Tiedollisen osaamisen puute, osaavaa henkilökuntaa ei tarpeeksi

Perehdytykseen riittämätön aika, keikkalaisia ei ehditä perehdyttää, koulutuksen puute

Ohjeiden lukemattomuus

Henkilökunnan osaamisen ja resurssien väärin kohdentamista

Vuokratyöntekijöillä usein heikko suomenkielentaito, liian vähän suomenkielentaitoisia hoitajia

Viestintään liittyviä

Tieto ei kulje,

Ohjeet pitkiä, vaikeaselkoisia.

Ongelmat tiedon siirrossa muihin yksiköihin

Ongelmat päivittäisessä tiedonkulussa

Turvallisuusohjeet osittain vaikeasti tulkittavia

Heikko suomenkielentaito

Työryhmään liittyviä, sosiaalisia tekijöitä

Työtä tehdään hyvin paljon yksin

Ongelmista ei keskustella

Työtavat; eivät ole kaikkien tiedossa

Sovittuja toimintatapoja ei noudateta

Yksiköihin muodostunut omia käytänteitä

Eri ammattiryhmien yhteistyö ei suju

Sijaisten hoitokulttuuri / moraali/ vastuuntunto erilainen kuin Suomessa

Fysioterapeuttien työntekijät eivät palvele osastoa

Potilaiden oikea sijoittelu ei toteudu

Näytteiden labraan toimittamisen viivästyminen

Osastolla reagoidaan huonosti hätähälytykseen

Potilaaseen liittyvä tekijöitä:

Hoitoon sitoutumattomat potilaat

Levottomat, sekavat, dementoituneet, aggressiiviset potilaat

Väkivaltaisuus

Lepovyössä olevat potilaat; seurantatarve

Tehtävään liittyviä tekijöitä

Potilaat pitkiä aikoja yksin

Väärin jaetut lääkkeet

Kiire, kuormitus sekä henkilöstön vaihtuvuus

Organisationaalisia ja strategisia tekijöitä

Johto ei halua kuulla mitään negatiivista palautetta

Sovittuja toimintatapoja ei noudateta

Eri ammattiryhmien yhteistyö ei suju

Sijaisten hoitokulttuuri / moraali/ vastuuntunto erilainen kuin Suomessa

Työn määrä liian suuri

Ongelmista ei keskustella

Potilaiden oikeaa sijoittelua asianmukaiseksi osalle ei toteudu

Potilaan hoitoketjun hahmottamisen heikkous

Yksilöllisiä tekijöitä

Asenne

Sairaanhoitaja ei mene apuun jos apua pyytää

Henkilökunta voi huonosti ja on uupunut

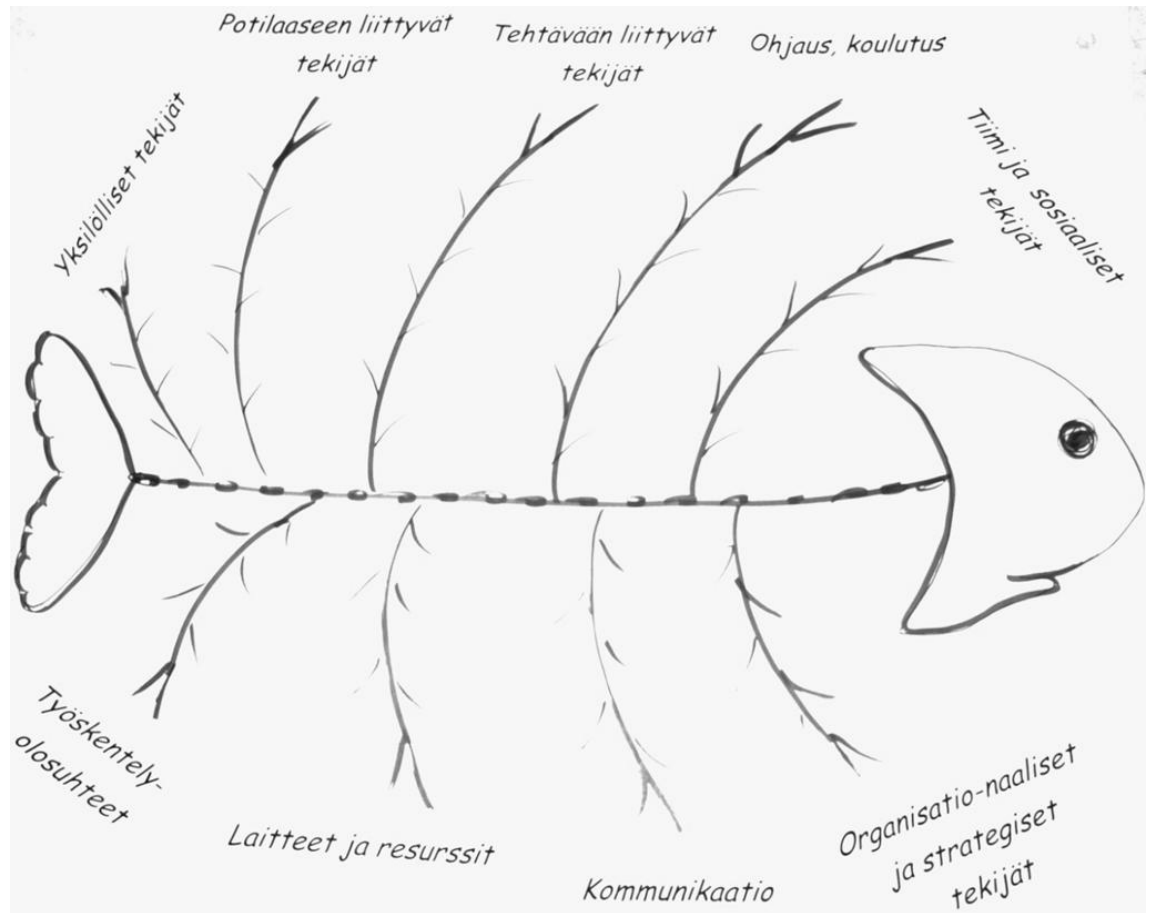
Henkilö ei jaksa välittää, vaikka huomaisi jonkin epäkohdan

Henkinen kapasiteetti ei riitä

**Potilasturvallisuustyöpaja 27.10.2010**

Valtuustotalon kahvio, Espoo

12.00-12.15	Katsaus Espoon sairaalan potilasturvallisuustyöhön, ylihoitaja Tiina Pahikainen, Espoon sairaala
12.15-12.45	Potilasturvallisuuskyselyn tulosten yhteenvetoa Effica-järjestelmäkoordinaattori Lea Pihkala, Sosiaali- ja terveystoimi kehittämissyksikkö
12.45-13.45	Inhimilliset tekijät ja potilasturvallisuus lentokapteeni Arto Helovuori, Finnair
13.45-14.00	Tauko
14.00-14.45	Potilasturvallisuustyö Vaasan sairaanhoitopiirissä: kokemuksia ja kehitysideoita laatupäällikkö Marina Kinnunen, Vaasan sairaanhoitopiiri
14.45-15.30	Workshop teemoista: <ul style="list-style-type: none">• yhteistyö, yhteistyö potilaan kanssa• tiedonkulun hallinta• lääkitysturvallisuus
15.30-16.00	Yhteenveto ja päivän päätös



Tuotokset /ryhmä 1; Yhteistyö

Aihe: Yhteistyö muistisairaanpotilaan lääkityksessä

- Yksilölliset tekijät
- Potilaaseen liittyvät tekijät
 - Potilaan sairaudesta, tilasta johtuvat haasteet
 - Ei tiedä omia lääkkeitään
- Tehtävään liittyvät tekijät
 - Hengittävät lääkkeet
 - Lääkehoidon onnistuminen
 - Varmistaa potilaan lääkkeen saanti
- Ohjaus, koulutus
- Tiimi ja sosiaaliset tekijät
 - Omaiset, kotihoito, lääkäri
 - Kotihoito ei vielä päivittä lääkelistaa effeaa
- Työskentelyolosuhteet
- Laitteet ja resurssit
 - Muistisairaanpotilaan pitäisi saada lääkkeet suoraan suuhun asti. Osastolla ei tähän resursseja
- Kommunikaatio
 - Kieliongelmat
 - Kulttuurierot
 - Yhteistyö laaja, jotta oikea lääkitys saadaan tietoon
- Organisaationaaliset ja strategiset tekijät
 - epäselvät lääkärin määräykset
 - Ei ole kirjattu, ei ole toteutettu
 - Viikonloppu mahdollisuudet saada yhteydet kotihoitoon

Yhteenvedossa lisäksi esitettävä:
Lääkkeiden jako, varmistaminen, vastuun jakauttaminen!

Tuotokset /ryhmä 2; Tiedonkulku

Asia: Lääkitystietojen siirtyminen esh:sta Espoole

- Yksilölliset tekijät
 - Kieltäytyminen
 - Käsiä
 - Henkilökohtaiset ongelmat
- Potilaaseen liittyvät tekijät
 - Potilasta ei ole informoitu lääkemuutoksista
- Tehtävään liittyvät tekijät
 - Kirjallinen lääkitys puuttuu
 - Tehdänsä epäsävelä (kuka ja miten lääkitys lähetetään mukaan, että siirtyy, onko kaikki tarvittava tieto mukana)
- Ohjaus, koulutus
 - Puutteellinen perehdytys (lääkitysohjeet)
- Tiimi ja sosiaaliset tekijät
 - Henkilökuntavaihtuvuus
 - Monta lääkettä (erilaisia)
 - Työajan epäselvyys
- Työskentelyolosuhteet
 - Kiire
 - Ruohtamaton
 - Huonot olosuhteet
- Laitteet ja resurssit
 - En potilastietojärjestelmät eivät kommunikoivat keskenään
 - Käsihoito
 - Kommunikaatio
 - Kieltäytyminen
 - Tavoitettavuus
 - Rutiininen viestintä
 - Organisaationaaliset ja strategiset tekijät
 - Työn aikatauluuttaminen
 - Yhteiset toimintamallit: puuttuvat/poikkeavat toistostaan (Esh/Espoo)

Yhteenvedossa lisäksi esitettävä:
Potilas on tietoinen omista lääkistään, että jos ei informoitu muutoksista
Laitteiden, ohjelmien käyttö joutuu sijoittamaan tekijään (ohjaus ja koulutus, laitteet, resurssit, yksilölliset tekijät työaika)

Tuotokset /ryhmä 3; Yhteistyö

Asia: yhteistyö

- Yksilölliset tekijät
 - kommunikaatio
 - kieltäytyminen
- Potilaaseen liittyvät tekijät
 - Yhteistyö potilaan ja tukiverkoston kanssa
- Tehtävään liittyvät tekijät
- Ohjaus, koulutus
- Tiimi ja sosiaaliset tekijät
 - Tehtävät ja työnjako selvä
- Työskentelyolosuhteet
 - Hoitajan kanslia = rautatieasema
 - Tietokoneet sijoitettu levottomaan ympäristöön
 - Kannettavat toimivat huonosti
 - Raportointi, kirjaaminen, "lämät"
- Laitteet ja resurssit
- Kommunikaatio
 - kaikki osapuolet puhuvat yht. kieltä (ymmärtävät toisiaan)
- Organisaationaaliset ja strategiset tekijät
 - Samanlaiset toimintatavat
 - Perehdytys sairaalan osaston tavoin
 - Laitteisiin jne.
 - Yhteinen avoin toimintakulttuuri

Yhteenvedossa lisäksi esitettävä:
Varmistaa, että kaikki puhuvat "samaa kieltä"
Yhteistyö katsotaan jo alussa toimivaksi
Hoitajan kanslia "häilyinen" -
RAUTATIEASEMA

Tuotokset /ryhmä 4; Tiedonkulku

Asia: Tieto ei välity suullisesti eikä kirjallisesti

- Yksilölliset tekijät
 - Tulkitavirheet
 - Unohtaminen
- Potilaaseen liittyvät tekijät
 - Potilas ei ymmärrä termejä (esim. fysioterapia)
- Tehtävään liittyvät tekijät
 - Kaikkialaiset ulkoistavat itsensä kirjaamisessa
 - Tieto ei aina välity potilaalle
- Ohjaus, koulutus
 - Ei osaa käyttää järjestelmää
- Tiimi ja sosiaaliset tekijät
 - Asenne
 - Työajan epäselvyys, vastuut
- Työskentelyolosuhteet
 - Kiire
- Laitteet ja resurssit
 - Paperikansiot eivät ole aina ajantasalla
 - Tietokoneet ei toimi
 - Henkilökuntavaihtuvuus
- Kommunikaatio
 - Kieltäytyminen
- Organisaationaaliset ja strategiset tekijät
 - Pääleikkäiskirjaus
 - Tunnukset järjestelmään puuttuvat
 - Järjestelmät erilaisia

Yhteenvedossa lisäksi esitettävä:
Asenne, ei anneta suullista raporttia
Järjestelmät erilaisia
Erilaiset kirjaamistavat esh/Espoo käsiala

Tuotokset /ryhmä 5; Lääkitysturvallisuus

Asia: Lääkitysturvallisuus

- Yksilölliset tekijät
 - Asenne
- Potilaaseen liittyvät tekijät
 - Potilaan seuranta
 - Aik ja ylläpito
- Tehtävään liittyvät tekijät
 - Tarkistus, kalibrointit
 - Antotavat, hallinta
- Ohjaus, koulutus
 - Perehdytys, uusi työntekijä
 - Keskustelu
- Tiimi ja sosiaaliset tekijät
 - Ei uusia varmistaa asiaa
 - Tiimityö
 - Työnjako
- Työskentelyolosuhteet
 - Melu
- Laitteet ja resurssit
 - Resurssit henkilökunnassa
 - Pääjärjestelmän kehittäminen
- Kommunikaatio
 - Tiedonsiirto
 - Dokumentointi
 - Määräyksen perillemeno
 - Kieltäytyminen
 - Toiminta vaativassa lääkemääräyksessä
 - Organisaationaaliset ja strategiset tekijät
 - Yhteinen toimintamalli (kehittävää)

Yhteenvedossa lisäksi esitettävä:
Kommunikaatio, tiedonkulku, varmistaminen, keskustelu
Kaksoistarkistus
Erikoinen lääkemääräys, varmistus lääkäriltä (merkintä) että todella tarkoittaa sen olevan näin
Lääkärin määräysten läpikäynti vielä muissakin vuoroissa, kaikki osallistuvat lääkemääräysten toteuttamiseen
Yhteisten toimintamallien kehittäminen
Koneellinen lääkeneito, prosessin tarkistaminen

Tuotokset /ryhmä 6; Lääkitysturvallisuus

Asia: Potilas saa väärän lääkkeen (insuliiniin)

- Yksilölliset tekijät
 - Huolimattomuus
 - Ihminen virhe
- Potilaaseen liittyvät tekijät
 - Tehtävään liittyvät tekijät
 - Kaksi insuliinilinjaa
 - Tarvittava lymä säilytettävä eri paikassa
- Ohjaus, koulutus
 - Kälteorankitus
- Tiimi ja sosiaaliset tekijät
 - Työpaikka lähtöajasta → lääkkeitä sairaanhoitajalla
 - Virheen asiallinen jäljittäminen
- Työskentelyolosuhteet
 - Kiire
 - Ruohtamaton lääketilassa
- Laitteet ja resurssit
- Kommunikaatio
 - Keskustelu potilaan kanssa lääkityksestä
 - Lääkemuutosta ei ollut kirjattu lääkeliistalle (kirjaajan huomi! kalnruodossa sijoitettu potilaaseen liittyvät tekijät-ruotoon)
- Organisaationaaliset ja strategiset tekijät
 - Virheenneen negatiivisen lähteen vasta kun tapahtuma toistuu

Yhteenvedossa lisäksi esitettävä:
Ruoto keskustelun pohjana hyvä kommunikaatio tärkeä sekä potilaan että henkilökunnan kesken
Sama virhe ei toistuisi samalle potilaalle, kommunikaation merkitys!
Jälkipuinti; tärkeä merkitys